

# Note méthodologique et de synthèse documentaire

« Comment réaliser l'intégration territoriale  
des services sanitaires, médico-sociaux et  
sociaux ? »

Cette note méthodologique et de synthèse documentaire est téléchargeable sur:

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de Santé

Service documentation – information des publics

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	4
Que sont les fiches parcours ? .....	4
<b>1. Méthode d'élaboration</b> .....	5
1.1. Stratégie de recherche bibliographique et critères de sélection documentaire.....	5
1.2. Parties prenantes consultées .....	5
1.3. Avis des parties prenantes.....	6
<b>2. Note de synthèse bibliographique</b> .....	8
2.1. Contexte.....	8
2.2. Quelle(s) définition(s) de l'intégration ?.....	8
2.3. Les dimensions de l'intégration.....	9
2.4. Exemples de projets d'intégration et impact.....	10
2.5. Mise en œuvre de l'intégration .....	14
2.6. Les facilitateurs et obstacles à l'intégration.....	15
2.7. Les composantes essentielles des soins intégrés .....	18
2.8. Conditions d'implantation de l'intégration .....	19
<b>3. Caractéristiques des revues systématiques, méta-analyses et rapports retenus</b> .....	20
<b>4. Participants au groupe de travail</b> .....	33
Groupe de travail.....	33
Pour la HAS.....	33
<b>5. Références bibliographiques</b> .....	34

## Introduction

### Que sont les fiches parcours ?

Les fiches parcours font partie de la série : « Les essentiels : points clés et solutions ».

Leurs pilotes sont élaborés à l'occasion de la mission d'évaluation des projets « article 70 » qui a été confiée à la HAS. Elles visent à accompagner les acteurs de ces projets et à servir de référentiel à l'évaluation des projets.

Plus largement, elles s'adressent aux :

- professionnels de santé exerçant en hôpital ou en ville, qui souhaitent s'organiser pour améliorer leurs pratiques ;
- institutionnels responsables de la mise en œuvre des parcours de soins au niveau des territoires, en premier lieu les ARS.

Leur objectif est d'apporter des réponses dans un délai court et sous un format court (un recto-verso en général) à des questions qui portent sur l'organisation des parcours et dont le périmètre est bien circonscrit, avec toute la rigueur scientifique nécessaire.

La méthode d'élaboration des fiches repose sur deux piliers : l'analyse de la littérature, les retours d'expériences des professionnels et des institutionnels.

## 1. Méthode d'élaboration

Cette méthode repose sur l'analyse et la synthèse de la littérature, les expertises des membres du groupe de travail, les rencontres avec plusieurs agences régionales de santé (ARS) et les avis des parties prenantes. Des échanges ont eu lieu avec le bureau PF3 de la DGOS à plusieurs reprises. Postérieurement à sa réunion, le groupe de travail a été consulté par courriel sur l'élaboration de la fiche.

*La sous-commission de la Commission « Parcours de Soins et Maladies Chroniques » de la HAS a été consultée sur les documents produits le 10 juin 2014.*

### 1.1. Stratégie de recherche bibliographique et critères de sélection documentaire

Une recherche bibliographique systématique a été effectuée en interrogeant les sources que constituent les bases de données (Medline, BioMedCentral, BDSP) et les sites Internet, pendant la période 1999-2014. La recherche a été ciblée en privilégiant les documents suivants : revues systématiques, méta-analyses, études contrôlées randomisées non citées ou postérieures à ces revues et analyses de pratiques.

Les bases de données ont été interrogées avec les mots-clés: *integration, integration of health and social care, health system integration, integrated care, integrated model of care.*

Les sites Internet suivants ont été explorés et consultés régulièrement :

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ);
- Annals of Family Medicine ;
- Banque de données de santé publique (BDSP) ;
- British Medical Journal (BMJ);
- Canadian Family Physician;
- Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF);
- Family Practice ;
- Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- Health Affairs;
- Health Policy;
- International Journal of Integrated Care;
- Journal of American Medical Association (JAMA);
- National Coalition on Care Coordination (N3C);
- National Institute for Clinical Excellence (NICE);
- National Health Service (NHS);
- The Commonwealth Fund;
- The King's Fund;
- The RAND corporation.

### 1.2. Parties prenantes consultées

- Le Collège de la médecine générale (CMG) ;
- Le Collège national de gériatrie (CNPG) et la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) ;
- La Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) ;
- L'Union nationale des réseaux de santé (UNRS) ;
- L'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) ;
- Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) ;

- La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
- L'Agence régionale de santé des Pays de la Loire (ARS PDL).

### 1.3. Avis des parties prenantes

En préalable à l'élaboration de la note documentaire et de synthèse bibliographique et de la fiche « points-clés et solutions », les parties prenantes ont été consultées par courriel sur la base d'une note de problématique résumant l'objectif, la bibliographie identifiée et la méthodologie d'élaboration. Il leur a été demandé de donner un avis sur la pertinence du projet et sur la validité des questions suivantes :

1. Quelles populations peuvent bénéficier de l'intégration territoriale ? Faut-il privilégier une approche populationnelle ou par pathologie ?
2. Quelles stratégies choisir pour développer la dynamique d'intégration ? Quels sont les rôles et l'importance respectifs de la gouvernance stratégique, du porteur et du pilote ?
3. Quels sont les facteurs favorisant et les freins à cette dynamique ?
4. Comment utiliser la coordination entre les acteurs pour faire avancer la dynamique d'intégration (fonction de « reporting »)?
5. Quels critères d'efficacité de la démarche peut-on proposer ?

Les parties prenantes ont également été sollicitées pour fournir un complément de bibliographie et signaler les expériences dont elles avaient connaissance sur le sujet.

La FFMPs a validé la pertinence du projet et les questions posées.

Le CNPG et la SFGG ont validé la pertinence du projet et les questions posées.

La CNSA a adressé des commentaires sur la note de problématique à partir de son expérience du déploiement des MAIA qui lui paraît au cœur du projet. Elle a insisté sur une meilleure prise en compte des besoins sociaux et médico-sociaux et la nécessité de la présence d'experts des secteurs sociaux et médico-sociaux dans le groupe de travail. Elle a également signalé des éléments de bibliographie complémentaires dont les travaux de la FNG: [http://www.fng.fr/html/etudes\\_recherche/liste\\_e&r.htm](http://www.fng.fr/html/etudes_recherche/liste_e&r.htm)

L'ARS Pays de la Loire partage les questions, surtout sur les conditions d'une dynamique d'intégration et a adressé les remarques et proposition suivantes :

- La nécessité d'insister davantage sur la notion de territoire ;
- L'utilité de préciser que les "secteurs" sanitaires, médico-sociaux et sociaux comprennent le secteur des soins hospitaliers, spécialisés (qui peuvent être ambulatoires) et le secteur des soins primaires (ou de proximité, ou de premier recours) qui comprennent les soins médicaux de médecine générale et les soins à domicile, acteurs essentiels ;
- La définition de l'intégration : celle de Demers est effectivement opérante pour une logique de parcours de santé. Elle peut être déclinée de façon opérationnelle en faisant référence au concept de "système de santé intégré". Un système intégré pourrait être défini comme suit (*Actualité et dossiers en santé publique 2001 N° 37 p54-56*): "Le système de santé a pour mission d'offrir un accès équitable à des soins de santé et des accompagnements acceptables et efficaces qui répondent de façon efficiente aux besoins de santé des individus et de la population d'un territoire. Sur la base de ces principes, le système de santé peut être organisé comme un ensemble de structures de santé adressant le continuum promotion, prévention, soins et accompagnement social et médico-social, organisé autour d'un premier échelon, pivot du système, et centré sur la personne. Le premier échelon représente l'interface entre, d'une part, le système de santé, ses services et ses professionnels et, d'autre part, la population, ses individus et leurs problèmes de santé. Les soins offerts par ce premier échelon doivent proposer de façon équitable des soins et des accompagnements sociaux et médicosociaux efficaces et efficients, continus, intégrés et centrés sur la personne dans des services de proximité, polyvalents, offrant une permanence des soins. Il assure la synthèse de tout ce qui concerne un patient donné. Comme certaines activités de santé justifient ou imposent une concentration de ressources ou de moyens incompatibles avec l'équilibre optimal des caractéristiques

*requis pour le premier échelon de soins, il doit être appuyé par un échelon de référence spécialisée, complémentaire. Les attributions de cet échelon de référence, plus ou moins complexe et gradué, sont définies en fonction des besoins du premier échelon et non de critères de coût ou de technicité considérés isolément. Un tel **système de santé est dit intégré** lorsqu'il offre une prise en charge optimale des problèmes de santé, à l'échelon le plus adapté, sans déficit dans la couverture des besoins ni chevauchement dans les fonctions des différents éléments. La réalisation de cette intégration passe par la coordination entre les éléments qui composent le système et requiert une optimisation de la circulation des patients"* ;

- Le caractère excessif de l'idée que la finalité de l'intégration peut être la fusion : si la fusion peut faciliter l'intégration organisationnelle, elle n'en est pas garante. De plus, son effet réducteur peut avoir pour conséquence une réduction qualitative du champ couvert. L'enjeu n'est donc pas celui de la fusion à plus ou moins long terme des structures du système mais celui de réunir les conditions qui permettent des parcours coordonnés : le focus sur la résolution des problèmes liés à des ruptures dans le parcours de santé des personnes, la connaissance des acteurs entre eux, la définition des règles d'un « code de la route » opposable aux acteurs sur un territoire, la définition et l'organisation de fonctions d'appui à la coordination territoriale, la promotion de SI intégrés, interopérables, la réduction des obstacles financiers à la circulation optimale dans le système ;
- Le fait que l'ARS a également en charge le financement de la prévention, de l'accompagnement médico-social (par ailleurs les conseils généraux financent également certains établissements médico-sociaux, etc.) ;
- La fragmentation des réponses apportées pour améliorer les prises en charge à travers de multiples plans thématiques conçus indépendamment les uns des autres mériterait d'être évoquée, de même que la fragmentation des réponses en fonction de l'appartenance à telle ou telle classe d'âge ;
- La nécessité de préciser la notion de "guichet intégré", l'enjeu étant que quel que soit le problème posé et le point du système où il se pose, le "système" est en mesure d'y répondre ;
- L'intérêt d'ajouter, à propos de l'impact des programmes d'intégration, le terme de « pertinence » aux termes de « qualité » et d'« efficacité », notamment au niveau de l'utilisation des services et des soins ;
- Le grand risque de la question : « faut-il privilégier une approche populationnelle ou par pathologie ? ». Dans le contexte des orientations de la stratégie nationale de santé, des parcours de santé des personnes, choisir entre personne et pathologie place dans une impasse. Dans une logique de système de santé intégré sur un territoire, c'est l'ensemble de la population qui est concerné, même si l'intensité des efforts de coordination n'est pas la même en fonction des situations et de leur complexité. Le débat est complexe. Il faut éviter de retrouver la limite aujourd'hui reconnue des réseaux de santé thématiques qui, tout en réduisant la fragmentation du système, ajoutent une couche de fragmentation. Le parcours de santé - par finalité et construction - s'applique à la personne dans l'ensemble de ses besoins.

L'UNR Santé note que l'un des problèmes posés aujourd'hui dans les territoires est la multiplication des dispositifs censés fournir une coordination d'appui, avec des dimensionnements la plupart du temps très différents en termes de prérogatives, de pilotages, de compétences, de déploiements géographiques, de modes opératoires, d'expériences, souvent sans aucune concertation avec les soins primaires supposés être les principaux bénéficiaires de ceux-ci. Dans certains territoires, coexistent ainsi de nombreuses structures qui affichent la même motivation, celle de la coordination d'appui, en particulier des cas complexes : ceci ne favorise pas l'intégration mais au contraire la compétition, voire la confrontation ou même l'opposition, en particulier quand des financements sont en jeu. Elle signale un vécu difficile de l'arrivée des dispositifs MAIA, avec une sensation d'empilement des dispositifs et insiste sur l'enjeu qui est d'optimiser les compétences au regard des besoins de l'utilisateur tout en évitant les doublons. Selon elle, les critères d'admission en gestion de cas doivent être affinés pour ne pas laisser le sentiment aux différents coordonnateurs de CLIC ou de réseaux que la gestion de cas est privilégiée en ne suivant que 40-50 personnes au long cours, alors qu'il leur est demandé de répondre rapidement à toute demande et de majorer leur file active (guide méthodologique d'évolution des réseaux santé de la DGOS, 2012). Chacun des dispositifs disposant

de compétences différentes, l'enjeu est d'interpeller à bon escient la compétence que l'on n'a pas. Le gestionnaire de cas peut ainsi avoir besoin de l'expertise du médecin du réseau de santé, le réseau peut avoir besoin de la compétence du travailleur social du CLIC, la psychologue doit pouvoir être interpellée par le biais du dispositif qui la porte (réseau, CMP, autres structures), etc. Pour l'UNR Santé, il apparaît totalement illusoire d'envisager la construction d'une intégration à partir d'une organisation structurée par le haut, à l'exemple du développement des inter-filières géronto-gériatriques, qui, pour l'instant, restent très souvent cantonnées au monde institutionnel, sans aucun lien ni participation avec les représentants des soins primaires. Un autre exemple est celui des tables stratégiques issues des expérimentations MAIA : même si les URPS peuvent être présentes, il s'agit avant tout de leurs représentants sur un versant politique mais sans réel levier décisionnel, ne permettant de toute façon pas de discuter des approches de terrain.

Elle signale le problème de la cohérence entre les dynamiques issues de la CNSA d'une part, et celles portées par la DGOS d'autre part, sans compter les problèmes de la nouvelle politique de gestion et de coordination de soins portée par la CNAMTS (Sophia, Prado). Sans une cohérence réelle à l'échelle la plus significative et *a priori* à caractère directif de la part de l'Etat, toute déclinaison régionale ou sur le terrain seront assorties d'une hétérogénéité qui ne reflétera que la puissance politique des interlocuteurs et les arrangements locaux, plutôt que les réponses adaptées aux populations.

La DGOS, la CNSA et la SFGG ont également été consultées en juin 2014 pour avis sur les documents élaborés.

## 2. Note de synthèse bibliographique

### 2.1. Contexte

L'intégration entre les structures sanitaires, médico-sociales et sociales est un défi qu'essaie de relever la majorité des systèmes de santé, caractérisés par leur fragmentation entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers d'une part, et entre les secteurs sanitaire, médico-social et social d'autre part. Ces systèmes cloisonnés ne répondent pas aux besoins sanitaires et sociaux multiples des patients atteints de pathologies chroniques (1) et des personnes âgées qui rencontrent des difficultés dans la coordination de leurs soins et dans les transitions entre les différents services et structures (2). L'intégration, qui signifie pour l'utilisateur absence de rupture, graduation des soins et facilité de navigation (3), est donc rendue nécessaire par l'explosion des maladies chroniques, le vieillissement de la population et des maladies neurodégénératives qui lui sont liées. L'évitement des hospitalisations et le maintien à domicile (4) sont les principaux buts ainsi recherchés.

### 2.2. Quelle(s) définition(s) de l'intégration ?

Une revue systématique de la littérature, réalisée en 2009 par Armitage (5) a recensé 175 définitions et concepts d'intégration. Ces définitions sont cependant souvent proches et font référence à la continuité des soins dans le système de santé. Selon Somme (6, 7), l'intégration a pour but d'améliorer la continuité dans l'intervention auprès des personnes en perte d'autonomie. Elle consiste à mettre en place un ensemble d'outils organisationnels, gestionnaires et cliniques communs.

Dans certaines définitions, comme celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (3), la prévention est incluse :

**« L'intégration est la gestion et la délivrance de services de santé qui permettent aux usagers de recevoir un continuum de soins préventifs et curatifs, en adéquation avec leurs besoins au cours du temps et à différents niveaux du système de santé. »**



**L'intégration peut avoir lieu entre les soins primaires et secondaires ou bien alors entre le sanitaire et le social.**

L'intégration a été définie comme un ensemble de techniques et de modèles organisationnels destinés à créer du lien et de la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs sanitaire, médico-social et social. Ces techniques peuvent porter le financement, l'organisation administrative et les soins. Le niveau d'intégration peut être différent : un système intégré peut reposer sur des liens ou des organisations pour coordonner les prises en charges entre différents secteurs, ou bien être complètement intégré avec des ressources partagées entre les différents secteurs et utilisées au mieux de l'efficacité et de l'efficience.

Il faut différencier l'activité clinique de coordination entre partenaires dans l'intervention auprès d'une personne (qui est toujours nécessaire) de la façon dont les ORGANISATIONS se coordonnent entre elles. A l'inverse de la coordination organisationnelle, qui vise à animer le mieux possible la complexité ambiante du système, l'intégration vise à réduire la complexité du système en modifiant les règles qui le régissent : frontières, missions, gouvernance, outils et éventuellement rémunérations. L'intégration peut aller jusqu'à une même appartenance des structures, avec fusion des prestations et des financements. L'organisation est ainsi à même de fournir à ses usagers le continuum des services médicaux et sociaux dont ils ont besoin.

### 2.3. Les dimensions de l'intégration

La définition du concept d'intégration est d'autant plus complexe, que la littérature distingue plusieurs dimensions ou types dans le processus d'intégration, non hiérarchisés (8). Ces dimensions se déploient à différents niveaux : micro, meso et macro, et de façon verticale ou horizontale. Elles peuvent être réelles, débouchant sur la création d'une nouvelle structure ou virtuelles, reposant alors sur des partenariats étroits formalisés entre les différents services et organisations impliqués.

L'intégration est dite « verticale » si elle implique différents niveaux de soins (premier recours et hôpitaux par exemple) ou bien différents niveaux de prises de décision (ex : ARS et conseils généraux).

L'intégration est dite « horizontale » si elle intervient sur un même niveau de soins (professionnels de santé primaire par exemple) ou à un même niveau de prise de décision.

On retrouve dans la littérature cinq dimensions principales du processus d'intégration, outre l'intégration des soins qui est la finalité des précédentes.

#### **Définitions des cinq dimensions principales de l'intégration, ainsi que de l'intégration des soins selon la littérature scientifique internationale**

Dimension de l'intégration	Définition
<b>Intégration clinique, professionnelle ou médicale</b>	Les soins au patient intégrés au sein d'un processus unique à l'intérieur et entre les professions, à travers, par exemple, l'utilisation de protocoles communs. Selon Shaw (8), l'intégration clinique peut être définie comme la coordination de l'information et des services et l'intégration des soins au patient au sein d'un même processus. Il s'agit, par exemple, des pratiques avancées, des protocoles et des formations interprofessionnelles. Selon Kodner (9), il faut porter une attention particulière à la coordination des relations entre les professionnels de santé.
<b>Intégration des services</b>	« L'intégration des services peut se définir comme un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçus pour assurer la transmission d'informations, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les services de santé et sociaux, les services administratifs et les services financiers. » (10)

Dimension de l'intégration	Définition
<b>Intégration fonctionnelle/financière/administrative</b>	Cette dimension est caractérisée par l'intégration des fonctions supports. Le National Health Service (NHS) distingue une intégration administrative, c'est-à-dire l'alignement des fonctions supports, des budgets et des systèmes financiers au sein de structures mutualisées (11).
<b>Intégration normative</b>	Selon Shaw (8), l'intégration normative est le développement de valeurs, d'une culture et d'une vision partagées à travers les organisations, les groupes professionnels et les individuels, et le développement d'objectifs d'intégration communs, l'identification et la correction des déficits de communication.
<b>Intégration systémique</b>	Cohérence de la législation et des politiques à tous les niveaux des organisations (12).
<b>Intégration des soins</b>	Selon Contandriopoulos (13), l'intégration des soins consiste à coordonner de façon durable les pratiques cliniques autour des problèmes de santé de chaque patient. Telle est la finalité du processus d'intégration.

Des études ont montré que les fusions entre organisations et structures n'apportaient **aucun bénéfice sans intégration clinique et intégration des services** (14).

Même si « intégration » et « soins intégrés » sont souvent utilisés l'un pour l'autre, ils doivent être pourtant distingués (8). **L'intégration sans coordination des soins ne peut conduire aux soins intégrés.** Les soins intégrés sont la finalité de l'intégration.

## 2.4. Exemples de projets d'intégration et impact

Le processus d'intégration a été engagé depuis une quarantaine d'années maintenant en Amérique du Nord (Québec et États-Unis). Il peut avoir lieu aux niveaux micro, meso ou macro.

- Selon Curry (12), le niveau micro est celui dans lequel les professionnels de santé et du social, seuls ou avec les commanditaires, ont pour objectif de délivrer des soins intégrés aux patients et à leurs aidants à travers la coordination des soins, la planification des soins, l'utilisation des nouvelles technologies et d'autres approches.
- Au niveau meso, les professionnels de santé et du social, seuls ou avec les commanditaires, cherchent à délivrer des soins intégrés à un groupe ou à une population particulière (personnes âgées, diabétiques...), grâce à des parcours de santé et d'autres approches similaires (chaîne de soins en Suède par exemple).
- Au niveau macro, les professionnels de santé et du social, seuls ou avec les commanditaires, délivrent des soins intégrés à travers une gamme complète de services aux populations qui en sont bénéficiaires.

### 2.4.1. Au niveau macro, les structures comme la Veterans Health Administration (VA) et le Kaiser Permanente

La **VA** est un exemple de modèle d'intégration réelle. Elle emploie des médecins, gère ses propres hôpitaux et centres médicaux et propose à ses bénéficiaires une gamme complète de prestations de soins grâce à un budget alloué par le gouvernement fédéral des États-Unis. Des réseaux de services intégrés ont été mis en place dans l'ensemble des régions concernées.

Impact : plusieurs études ont montré que le changement d'organisation de la VA et la création de réseaux de services intégrés avaient permis de réduire de 55% le taux d'occupation des lits d'hôpital et d'améliorer la qualité des soins. Les soins primaires et les services à domicile ont augmenté parallèlement (14).

La **Kaiser Permanente** est une organisation de santé (HMO) qui dessert 8,7 millions de personnes aux États-Unis. Contrairement au VA, il s'agit d'un modèle d'intégration virtuelle. Les structures et organisations participantes sont liées par des contrats.

Impact : plusieurs études ont comparé ce modèle avec le National Health Service (NHS) au Royaume-Uni (12, 14). Il a été ainsi démontré que le NHS consommait trois fois plus de lits pour personnes âgées avec des affections communes comme la fracture de la hanche ou l'accident vasculaire cérébral (AVC) que le Kaiser Permanente. De nombreux soins ont lieu non pas dans les hôpitaux mais dans de grandes polycliniques réservées aux soins ambulatoires (14).

## 2.4.2. Au niveau meso : les guichets intégrés

### 2.4.2.1. Avec création d'une nouvelle organisation : les programmes On Lok et les programmes dérivés (PACE, SIPA...)

Le programme **On Lok** (qui signifie « demeure paisible et heureuse » en cantonais) est le premier modèle de soins intégrés, lancé à San Francisco en 1971, pour les personnes âgées fragiles, d'origine chinoise, du territoire. Réunissant l'ensemble des caractéristiques associées à la réussite, il a fait des émules au Québec et dans le reste des États-Unis notamment (15). L'objectif principal de ce projet est de maintenir le plus longtemps possible les bénéficiaires à leur domicile et d'éviter l'institutionnalisation, culturellement inacceptable dans la communauté chinoise. Le cœur d'*On Lok* est un centre de jour où sont accueillies les personnes âgées en fonction de leur plan personnalisé de soins, dont l'implantation et le suivi sont confiés à un coordinateur d'appui ou assistant de parcours (« *case manager* » en anglais), qui leur est nominativement attribué. Une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, composée de professionnels des secteurs sanitaires et sociaux, les prend en charge au sein du centre. Ils participent également à des activités socio-culturelles et récréatives. L'ensemble des prestations est financé par capitation. *On Lok* est un guichet intégré, porte d'entrée unique pour l'ensemble des prestations et services sanitaires et sociaux (16).

Impact : l'évaluation du programme a montré : une consommation plus importante de services de proximité, une réduction des coûts des différents services de l'ordre de 21% et un moindre recours à l'hébergement spécialisé par rapport au groupe-témoin (17).

Le programme **PACE** (Program for All-inclusive Care for the Elderly, États-Unis) et le programme SIPA (Système Intégré pour Personnes Agées fragiles, version de PACE adaptée au contexte québécois) sont dérivés d'*On Lok*. Ces trois programmes répondent à l'ensemble des besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées fragiles d'un territoire (16). Pour être éligible au programme PACE, il faut être âgé de 55 ans ou plus et être éligible pour un placement en résidence pour personnes âgées. Selon Hirth (18), le patient PACE-type est âgé de plus de 80 ans et a en moyenne huit problèmes de santé aigus et chroniques, tels qu'une insuffisance cardiaque, une pathologie respiratoire, du diabète, et est dépendant pour trois activités de la vie quotidienne (marche, toilette, habillage...).

Impact : évalué à plusieurs reprises, le programme PACE a montré qu'il améliorerait la qualité des soins et l'accès aux services et prestations adaptés aux besoins de chacun. Une réduction des hospitalisations a pu être observée, ainsi qu'une augmentation de la durée de vie au domicile. Cette approche est particulièrement profitable aux personnes âgées de 80 à 90 ans vivant seules, à celles ayant besoin d'une aide dans leur déplacement et à celles nécessitant l'intervention d'un tiers dans la réalisation des activités quotidiennes. Les bénéficiaires sont deux fois plus susceptibles de décéder au domicile. Les variantes du programme PACE étant nombreuses, il peut exister des différences au niveau des résultats.

Compte tenu des résultats obtenus, PACE est devenu un programme permanent aux États-Unis, intégré aux programmes d'assurance sociale MEDICARE et MEDICAID (19).

*On Lok*, adapté au contexte québécois, a donné le programme **SIPA** (Système Intégré pour Personnes Agées fragiles). Il repose sur l'intervention d'une équipe multidisciplinaire et l'attribution d'un coordinateur d'appui ou assistant de parcours (de l'anglais « *case manager* ») à chaque personne âgée. L'ensemble des prestations et services de proximité sont délivrés dans des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ils font appel à des prestataires et établissements pour les autres services (hospitalisation, pharmacie...). Les SIPA sont financés par capitation et bénéficient d'une autonomie de gestion, indépendamment du centre.

Impact : un essai contrôlé randomisé a été mené de juin 1999 à mars 2001 sur deux territoires montréalais afin d'évaluer l'impact du SIPA par rapport à une prise en charge classique. Cette recherche a mis en évidence une réduction des hospitalisations non programmées et de l'utilisation des résidences pour personnes âgées et une augmentation, en parallèle, de la consommation en soins de proximité (20).

Ces différents programmes ont en commun :

- La mise en place d'une nouvelle organisation : le centre de jour ;
- Le public-cible : personnes âgées vivant au domicile ;
- L'établissement d'un point d'entrée unique ;
- La coordination d'appui ;
- L'implication au sein même de l'équipe des médecins généralistes ;
- Le financement par capitation, qui n'a pas été implanté pendant l'expérience SIPA.

#### 2.4.2.2. Les guichets intégrés virtuels: le modèle PRISMA

Le programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA) a été conçu pour répondre aux besoins des personnes âgées québécoises. Ce modèle modifie les règles du système sans nécessiter de créer de nouvelles infrastructures ou mécanismes de financements (15).

On distingue six éléments-clés dans ce programme (21) :

- La coordination à tous les niveaux ;
- Le point d'entrée unique ;
- La coordination d'appui ou assistance aux parcours ;
- Le plan personnalisé de soins ;
- L'évaluation normalisée destinée à évaluer les besoins des personnes âgées et à déterminer l'ensemble des services qui leur conviennent *via* un outil commun ;
- Le dossier électronique partagé.

Impact : l'étude quasi-expérimentale menée par Hébert (21) a montré une réduction du déclin fonctionnel au cours du temps dans le groupe ayant bénéficié du programme par rapport au groupe-témoin, signifiant statistiquement 12 et 24 mois. Béland (15) confirme cette réduction du déclin fonctionnel. Son étude met également en évidence une réduction des ré-hospitalisations et du placement en résidence pour personnes âgées.

Les MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer) sont issues du modèle PRISMA Québec, dont la faisabilité en France a été évaluée dans le cadre du programme PRISMA-France. Le déploiement des MAIA sur l'ensemble du territoire a été lancé en 2011 suite à l'expérimentation menée pendant deux ans sur 17 sites français. Comme précisé dans le décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, elles ne se superposent pas aux autres dispositifs déjà existants mais, en revanche, s'appuient sur elles dans un objectif d'intégration territoriale. Ce sont des dispositifs de proximité destinés à simplifier le parcours des patients et de leurs aidants. Le public-cible est celui des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et, plus largement, de toutes les personnes en perte d'autonomie âgées de plus de 60 ans. Parmi ce public, les patients en situation complexe sont orientés vers un gestionnaire de cas.

Cependant, la gestion de cas ne représente qu'une partie du dispositif MAIA, qui est ciblé en premier lieu sur l'organisation des services pour améliorer les réponses apportées aux usagers et faciliter le travail des professionnels (22).

Bien que l'efficacité de la gestion de cas dans le cadre des MAIA n'ait pas encore été évaluée, plusieurs conditions ont été identifiées comme déterminantes pour son succès : la formation adéquate des gestionnaires, la qualité des outils mis à leur disposition (outils d'évaluation, plan de services individualisé), la qualité du guichet intégré (annuaire commun, processus d'analyse multidimensionnelle pour l'orientation) et l'agrégation des données issues des besoins des personnes dans un observatoire des besoins de la population (23).

### 2.4.3. Au niveau micro, les équipes intégrées de professionnels du sanitaire et du social

Peu d'expériences au niveau micro sont développées dans la littérature. L'expérience de Torbay (Royaume-Uni) est l'une des rares à être richement documentée.

Les soins aux personnes âgées dans la région de Torbay sont délivrés depuis 2004 par des équipes composées de professionnels du sanitaire et du social (coordinateurs de soins, infirmières, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes et travailleurs sociaux). Les objectifs de ce programme sont d'améliorer la qualité des soins, d'en simplifier l'accès, de réduire le nombre d'évaluation, d'améliorer les délais de prise en charge par des spécialistes et de réduire le nombre d'hospitalisations. Ces équipes interviennent proactivement auprès de personnes âgées de 65 ans et plus, nécessitant des soins de rééducation lors de leur sortie d'hôpital ou à risque d'hospitalisation. Le travail se fait en étroite collaboration avec les médecins généralistes, qui font rarement partie de l'équipe pluriprofessionnelle. Chaque équipe couvre une population de 25 000 à 40 000 personnes et est attachée à un cabinet de médecine générale.

Impact : selon Thistlethwaite (24), le nombre quotidien moyen de lits d'hospitalisation occupés a été réduit entre 1998/1999 et 2009/2010 de 750 à 502. La consommation quotidienne de lits d'urgence pour les personnes âgées de 75 ans et plus a été également réduite de 24 % entre 2003 et 2008 et de 32 % pour les 85 ans et plus. Ces résultats vont de pair avec une augmentation de la consommation des services de soins à domicile.

Selon l'auteur, l'approche développée à Torbay pourrait ne pas être totalement transférable dans un autre contexte. Le contexte local, notamment les interactions entre les personnes, les relations et les processus sont une variable-clé.

Le programme de prise en charge des patients diabétiques développé à Bolton (Royaume-Uni) depuis 1995 s'appuie sur une collaboration étroite entre une équipe de spécialistes de santé basée au Centre pour diabétiques de Bolton, l'hôpital local (pour les hospitalisations), les cabinets de médecine générale (pour mener des consultations partagées). Il s'agit d'un exemple de parcours de soins intégré pour patients diabétiques, sans rupture ou duplication, avec l'avis rapide d'un spécialiste.

Impact : les patients et les professionnels ont indiqué qu'ils étaient très satisfaits de ce service. En 2005/2006, Bolton est la ville avec le nombre le plus faible de lits par personne diabétique dans l'ensemble de la région de Manchester (25).

Une évaluation de seize projets-pilote de soins intégrés en Angleterre (26) a mis en évidence le fait que les professionnels engagés dans les expérimentations étaient beaucoup plus satisfaits de leur expérience que les patients. Ces derniers ont rapporté être peu impliqués dans les décisions concernant les soins et ne pas pouvoir choisir leur médecin généraliste.

Les résultats en matière de consommation de soins sont très hétérogènes :

- Réduction significative des hospitalisations programmées ;
- Augmentation des hospitalisations non programmées de 2 %, voire de 9 % dans les sites où il y a des coordinateurs d'appui, ce qui peut être dû à la complexité des situations.

## 2.5. Mise en œuvre de l'intégration

### 2.5.1. Publics-cibles de l'intégration

L'intégration peut bénéficier à toutes les personnes demandeuses de services, car elle a l'ambition de servir à l'amélioration globale. Cependant, les populations qui vont le plus bénéficier de l'intégration sont celles qui pâtissent le plus de la fragmentation du système. Il est donc logique de cibler les soins intégrés sur les publics qui peuvent en tirer le meilleur profit (25), et en particulier ceux qui nécessitent l'intervention de différents professionnels et organisations (12). Ces publics utilisent de façon intensive les services et prestations sanitaires et sociales. Ils sont donc confrontés au quotidien à la fragmentation entre les services. Selon Oliver (2), tel est particulièrement le cas pour les personnes âgées. Cette population est, selon lui, celle qui est la plus exposée aux problèmes de coordination et de transition entre les services.

La sélection des patients pouvant tirer pleinement profit d'une approche intégrée de leurs soins est souvent citée comme un élément clé des programmes de soins intégrés (14).

Plusieurs revues du King's Fund et du Nuffield Trust ont conclu que des bénéfices significatifs pouvaient être tirés de l'intégration des services dès lors que ceux-ci ont pour cible des publics dont les soins sont faiblement coordonnés (12, 14, 25, 27).

Selon Priest (28), il s'agit des publics suivants :

- Les personnes âgées, et notamment les personnes âgées fragiles ;
- Les patients polyopathologiques atteints de troubles de la santé mentale ;
- Les publics en situation de handicap.

Alltimes (29) complète cette liste par les catégories suivantes :

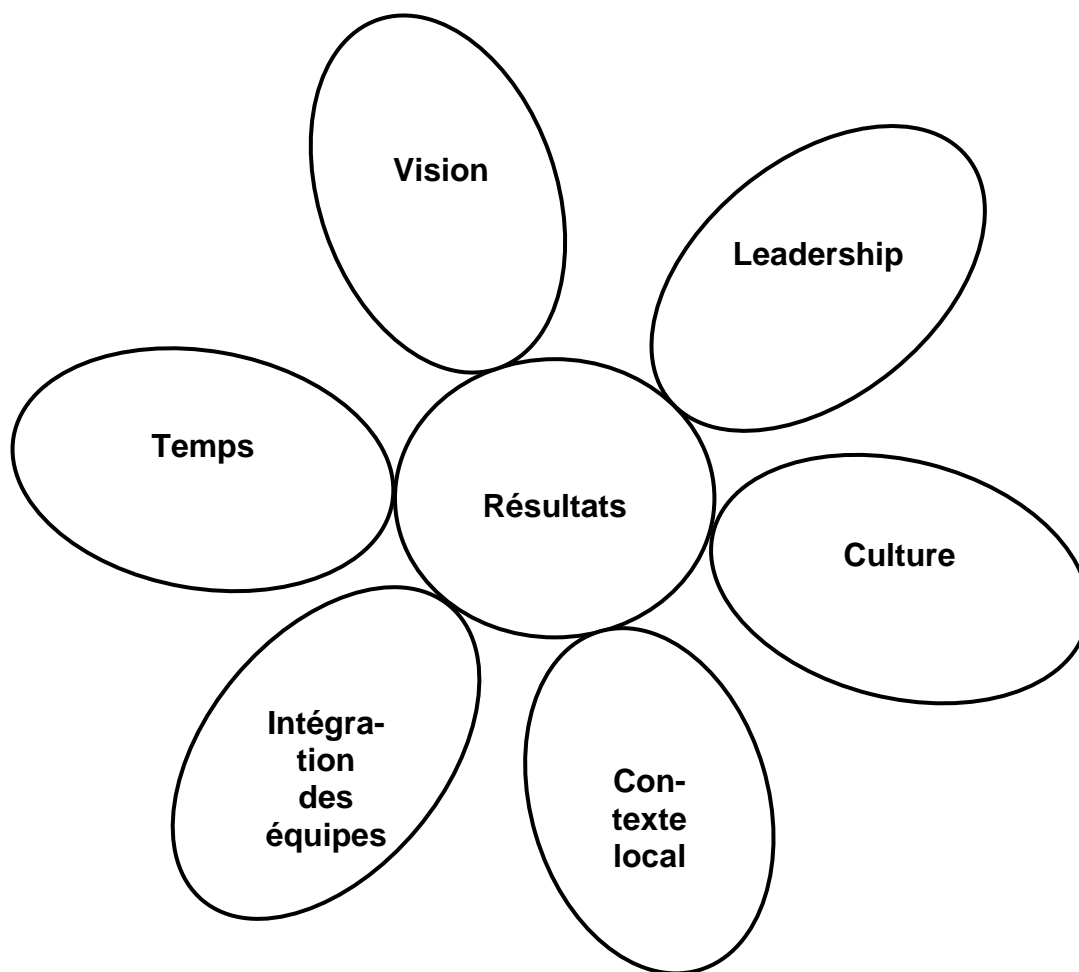
- Enfants et jeunes adultes avec des besoins complexes : il soulève ici la question de l'intégration avec le milieu éducatif et scolaire et les liens avec le système judiciaire ;
- Les publics souffrant de troubles de la santé mentale ;
- Les personnes sans domicile fixe ;
- Les personnes âgées fragiles, mais aussi leurs aidants ;
- Les personnes en fin de vie recevant des soins palliatifs.

Les revues systématiques recensées dans la littérature internationale concernent principalement les personnes âgées. Une seule revue systématique répertoriée (30) s'intéresse aux maladies chroniques. Cependant, l'intégration n'y est abordée que d'un point de vue sanitaire. Les pathologies qui ont fait le plus souvent l'objet de revues systématiques sont l'insuffisance cardiaque, le diabète, la BPCO et l'asthme et, à la marge, le cancer et l'arthrite rhumatoïde.

Impact : des effets positifs sont reportés chez les diabétiques et chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque, qui se montrent satisfaits de leur prise en charge. Les capacités fonctionnelles des insuffisants cardiaques sont améliorées, de même que l'adhésion des professionnels aux recommandations et la gestion de leur maladie par les patients diabétiques. En revanche, la qualité de vie des patients atteints d'insuffisance cardiaque, de diabète, de BPCO ou d'asthme n'est pas améliorée. Il en est de même pour le taux de mortalité des patients insuffisants cardiaques ou atteints de BPCO.

Selon Ham (12), les modèles comme le VA ou le Kaiser Permanente, qui s'adressent à une population globale (ex : les vétérans), sont également intéressants.

## 2.5.2. Les facteurs-clés de l'intégration (d'après Petch (31))



## 2.6. Les facilitateurs et obstacles à l'intégration

Facteurs et composants-clés	Facilitateurs	Barrières	Commentaires/conseils pratiques
<b>Leadership (pilotage)</b>	<p>Le <i>leadership</i> figure parmi les quatre conditions à réunir pour qu'apparaisse le changement (13).</p> <p>Il apparaît dans de nombreuses études comme le facteur de réussite de l'implantation de l'intégration et de la mise en œuvre de l'approche intégrée (30, 32).</p> <p>Le <i>leadership</i> ou pilotage managérial doit être effectif et stable et ce dès le départ. Trois niveaux de <i>leadership</i> sont identifiés (28) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveau national ;</li> </ul>	<p>La nécessité d'avoir un <i>leadership</i> effectif pour faciliter les soins intégrés est particulièrement perçue par les médecins. Une étude réalisée au Royaume-Uni a montré que pour plus d'un médecin sur deux, le manque de <i>leadership</i> managérial était un obstacle à l'intégration (28).</p>	<p>Un pilotage légitime, continu et souple est nécessaire pour conduire le changement à toutes les étapes, du diagnostic à l'implantation du modèle de soins (28, 33).</p> <p>Dans le modèle de la Veterans Health Administration, le pilotage est renforcé à tous les niveaux de l'organisation avec des médecins et cliniciens autres aux postes-clés.</p>

Facteurs et composants-clés	Facilitateurs	Barrières	Commentaires/conseils pratiques
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveau clinique ;</li> <li>- Niveau local.</li> </ul> <p>Les professionnels de santé doivent être pleinement acteurs du changement.</p>		
<b>Changement</b>	Différents auteurs ont souligné qu'il était important d'avoir une stratégie de gestion du changement et que celle-ci était la fondation sur laquelle reposait le travail d'intégration (34).	Pour Ham (14), l'impact de l'intégration est négatif si les professionnels de santé n'acceptent pas de <b>modifier leur façon de travailler</b> .	L'intégration s'inscrit dans un processus de changement.  Dans le cadre du projet Torbay, dès 2004, une équipe intégrée composée de professionnels de santé et du social, partageant les mêmes locaux, a commencé à travailler en étroite collaboration avec trois cabinets de médecine générale. Parallèlement, des séminaires pour le personnel sur les avantages des soins intégrés ont été régulièrement organisés. Un temps était formellement réservé aux réactions et commentaires des professionnels. Les personnes en charge du projet s'engageaient à y répondre dans la semaine.
<b>Culture</b>	L'acquisition d'une culture de collaboration est un ingrédient clé de l'intégration (25, 35, 36). Cette culture de collaboration doit mettre l'accent sur le travail en équipe et la délivrance de soins parfaitement coordonnés et centrés sur les patients (14).	L'intégration amène des professionnels avec des philosophies et des valeurs différentes et des cultures professionnelles divergentes à travailler ensemble. Ces différences peuvent agir comme des barrières à l'intégration (4).  Le tribalisme professionnel (32), c'est-à-dire la volonté d'un groupe de mêmes professionnels de protéger des responsabilités et des fonctions particulières, peut alors se manifester.	Un <b>leadership visionnaire et stable sur le long-terme</b> est nécessaire à la construction d'une culture de collaboration (25).  La compréhension du rôle de chacun et des responsabilités est importante (32). Robertson (37) met clairement en évidence le <b>lien entre l'importance donnée aux soins aux patients et l'effacement des frontières entre les différentes professions</b> .
<b>Contexte local</b>	Il n'y a pas de modèle unique de l'intégration. Un modèle ne peut pas convenir à tous les contextes.  L'approche à adopter dépend du contexte local (8, 38).  Thistlethwaite (24), qui a		Un <b>diagnostic organisationnel</b> visant à comprendre la réalité des organisations et des pratiques professionnelles est un préalable à l'implantation de l'intégration des services. La stratégie d'implantation est adaptée en conséquent (39)).



Facteurs et composants-clés	Facilitateurs	Barrières	Commentaires/conseils pratiques
	<p>évalué le projet Torbay, a conclu que cette approche pouvait ne pas être transposable dans son intégralité. Cela est principalement lié au contexte local (petite ville, communauté dense, environnement et histoires particuliers), qui fait figure de variable-clé, selon lui.</p>		
<b>Financements</b>	<p>Les budgets doivent être communs et les modèles de financements flexibles (35). Les financements doivent être garantis sur le long terme.</p>	<p>Pour Burgess (35), le manque de visibilité dans le temps et la réduction des dépenses publiques sont un frein au processus d'intégration.</p>	
<b>Intégration des équipes</b>	<p>L'existence d'un passé en matière de collaboration est un élément facilitateur de l'intégration (35, 36).</p> <p>La <b>colocation</b> (ou partage de locaux) apparaît être dans de nombreuses études un critère nécessaire. Pour certains auteurs, ce n'est pas toujours le cas (36).</p> <p>La <b>localisation</b> dans un même lieu ou <b>colocation</b> des équipes intégrées permet d'améliorer la collaboration entre les professionnels. Les professionnels peuvent rester des salariés d'organisations différentes, tout en adoptant une nouvelle façon de collaborer, en partageant les mêmes locaux, en formant de nouvelles équipes intégrées et en coordonnant leur travail (28).</p> <p>Les procédures, la gestion du personnel et la formation doivent être cohérents.</p>		<p><b>L'organisation d'ateliers de consolidation d'équipes et de réunions hebdomadaires</b> est citée par plusieurs auteurs comme un moyen de développer et renforcer la cohésion des équipes (35). Les professionnels peuvent ainsi <b>créer une communauté d'intérêts, échanger sur les dossiers et partager l'information</b>. C'est également l'occasion pour les professionnels de mieux appréhender le rôle de chacun, de dépasser les différences et de <b>construire une relation de confiance et d'établir des rapports inter-professionnels</b>.</p> <p>Les <b>formations pluri-professionnelles</b> peuvent renforcer le travail interprofessionnel et améliorer la qualité des services intégrés (32).</p>
<b>Temps</b>	<p>Le temps est une des ressources nécessaires au changement (13).</p>	<p><b>La sous-estimation du temps</b> nécessaire à l'implantation effective de l'intégration est préjudiciable à cette dernière. D'après les</p>	

Facteurs et composants-clés	Facilitateurs	Barrières	Commentaires/conseils pratiques
		<p>auteurs (40), le patient doit être le maître-mot. Ling (41), au regard des résultats de l'évaluation de 12 expériences-pilotes, conclut que trois ans sont nécessaires pour qu'il y ait changement effectif.</p> <p>Faute de temps et de ressources pour démontrer le changement, les résultats des programmes de recherche concluent souvent que les soins intégrés n'ont pas atteint les objectifs visés (42).</p>	
<b>Systèmes d'information</b>	Les équipes intégrées doivent pouvoir échanger et partager l'information facilement. Les systèmes d'information partagés sont un facteur de réussite de l'intégration (36).	Les systèmes d'information sont souvent considérés comme des barrières à l'intégration. L'insuffisance ou l'absence de système d'information partagé ne permet pas de connaître l'intégralité des services et prestations délivrés aux usagers (32).	
<b>Vision</b>	Quel que soit le modèle développé, une <b>vision partagée et des objectifs communs</b> sont cruciaux pour parvenir à l'intégration des soins (37). Cette vision partagée concerne également les médecins généralistes (35).		Il revient aux <i>leaders</i> de faire la promotion de la vision de l'intégration parmi leurs équipes afin que celles-ci deviennent pleinement actrices du processus (43).
<b>Patient</b>	<p>C'est la réponse aux besoins des patients qui justifie l'intégration des soins (43).</p> <p>Le patient doit occuper la place centrale (5).</p>		

## 2.7. Les composantes essentielles des soins intégrés

Onze composantes essentielles des soins intégrés peuvent être identifiées. Ils font écho, en toute logique, aux facilitateurs et barrières énumérés supra (12). Il s'agit des éléments suivants :

- Définition de la population bénéficiaire ;
- Incitatifs financiers cohérents/financements ;
- Responsabilité partagée dans l'atteinte des objectifs de performance ;
- Technologies de l'information ;
- Utilisation de protocoles ;
- Partenariat médecins-managers ;
- Pilotage (*leadership*) effectif ;

- Culture de collaboration ;
- Groupes pluri-professionnels ;
- Engagement du patient.

## 2.8. Conditions d'implantation de l'intégration

- Réaliser un diagnostic organisationnel ;
- Impulser la dynamique du changement en amont ;
- Décliner l'intégration à tous les niveaux et, de façon impérative, au niveau des équipes de première ligne (40) ;
- Soutenir la dynamique de changement pendant l'implantation du processus d'intégration ;
- Établir un point d'accès unique ;
- Cibler les patients pouvant tirer pleinement profit de l'intégration et engagement de ces derniers ;
- Prévoir un *leadership* stable, visionnaire, souple et dynamique ;
- Impliquer les médecins généralistes dès l'étude de faisabilité ;
- Établir des relations étroites entre les médecins généralistes et les coordinatrices d'appui ou assistantes au parcours (44) ;
- Sécuriser les financements ;
- La réduction des hospitalisations et le maintien à domicile étant les objectifs recherchés, il est nécessaire de veiller à ce que l'offre en santé primaire et en services à domicile puisse répondre à la demande (5).

### 3. Caractéristiques des revues systématiques, méta-analyses et rapports retenus

Auteurs	Recherche systématique de la littérature	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus	Niveau de preuve	Conclusions des auteurs Cohérence avec les données de la littérature présentées
Année de publication Type de publication  Béland et Hollander, 2011(15) RS	Période de recherche  1997-2010	Oui	Non	Oui	9 articles retenus	3	<p>Les auteurs ont identifié dans la littérature deux grands types de modèles de soins intégrés pour personnes âgées fragiles. Le premier, d'envergure modeste (limité à la « communauté ») repose sur une prise en charge de proximité et au domicile. Une attention particulière est portée à la coordination des soins et des prestations sociales. Il s'agit des programmes PACE (États-Unis), SIPA (Québec), PRISMA (Québec), Illawara (Australie) et Rovereto (Italie) notamment. Ces modèles peuvent être déployés « relativement facilement localement ». sans changement majeur des politiques nationales/provinciales/régionales. Ils ne nécessitent pas par ailleurs de financements complémentaires.</p> <p>Le second modèle, à grande échelle, est mis en œuvre au niveau national, provincial ou régional. Les projets concernés ont une seule direction</p>

<b>Auteurs</b> <b>Année de publication</b> <b>Type de publication</b>	<b>Recherche systématique de la littérature</b> <b>Période de recherche</b>	<b>Critères d'inclusion des articles</b>	<b>Critères d'exclusion des articles</b>	<b>Analyse des articles explicités (grille de lecture)</b>	<b>Nombre d'articles inclus</b> <b>Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)</b>	<b>Niveau de preuve</b>	<b>Conclusions des auteurs</b> <b>Cohérence avec les données de la littérature présentées</b>
							<p>administrative et un budget unique. Il inclut l'ensemble des prestations et services dont peuvent avoir besoin les personnes âgées, y compris les résidences pour personnes âgées. Les deux principales variantes sont le British Columbia Model (Canada) et l'Arizona Model (États-Unis). Ces modèles sont plus difficiles à implanter. Ils nécessitent des modifications au niveau politique et législatif. Les structures engagées dans ce type de projet doivent accepter de faire passer les intérêts du programme avant les leurs. Ce modèle est caractérisé par son financement global (« une seule enveloppe ») et par l'existence d'une seule structure administrative. Le financement unique est le moyen de pression des autorités pour garantir la continuité des soins.</p> <p>Les modèles de soins intégrés aux personnes âgées sont nombreux. Indépendamment du modèle adopté, il faut tenir compte de certains facteurs-clés comme la coordination des soins et la coordination entre les acteurs afin d'assurer la continuité des</p>

Auteurs Année de publication Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusions des auteurs Cohérence avec les données de la littérature présentées
							soins dans la prise en charge des personnes âgées fragiles.
de Stampa et al., 2013(39) Revue générale	1995-2010	Oui	Oui	Oui	Dix études réalisées entre 2002 et 2009.	2	<p>Les professionnels ayant participé aux études ont identifié les obstacles à trois niveaux : au niveau du pilotage de l'implantation (approche <i>top-down</i> exclusive, pilotage fragmenté ou multiple, charge de travail trop importante sur un seul pilote et manque d'outils de mesure du changement...), au niveau de la collaboration entre les services et/ou entre les cliniciens (un <i>turn-over</i> important des professionnels, des relations de pouvoir entre les services ou entre les professionnels, un manque de motivation et un faible engagement des médecins), et au niveau des décideurs et/ou financeurs.</p> <p>Plusieurs facteurs facilitants au niveau des financeurs et des décideurs ont été identifiés : l'existence d'un financement de la phase d'implantation, le rapprochement entre les financeurs sociaux et sanitaires et l'engagement des</p>

Auteurs	Recherche systématique de la littérature	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus	Niveau de preuve	Conclusions des auteurs Cohérence avec les données de la littérature présentées
Année de publication Type de publication	Période de recherche				Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)		décideurs.  Les auteurs précisent qu'une étude n'a identifié aucun obstacle.
Eklund et Wilhelmson, 2009 (45) RS	Oui 1997 - 2007	Oui	Oui	Oui	9 RCT (30 000 patients dont 18 000 du Kaiser Permanente)	2	Les études sont hétérogènes dans leur définition de la fragilité, dans leurs objectifs et dans leur durée : 10 à 12 mois dans sept études, 3 et 6 mois dans les autres. Sept articles sur 9 rapportent au moins un résultat en faveur de l'intégration des soins : réduction du nombre de jours à l'hôpital et en institution (cinq études), réduction des hospitalisations et du recours aux urgences (deux études). Le recours aux soins ambulatoires est en général augmenté. Une étude a montré une augmentation des hospitalisations. Deux études ont montré une plus grande satisfaction des soignants, sans effet sur leur charge de travail. Parmi les quatre études qui ont étudié les coûts, une a montré un bénéfice en faveur de l'intégration.
Low et al., 2011	1994-2009	Oui	Oui	Oui	35	2	Les études sont hétérogènes au niveau de la qualité méthodologique. En moyenne, celles relatives au

Auteurs Année de publication Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusions des auteurs Cohérence avec les données de la littérature présentées
(46) RS					(63 546 patients)		<p>« <i>case management</i> » sont meilleures. Différents modèles de « <i>case management</i> » ont été évalués. Le <i>case management</i> peut améliorer les résultats cliniques et réduit les orientations en résidence pour personnes âgées et les hospitalisations.</p> <p>En général, les soins intégrés n'améliorent pas les résultats cliniques. Les programmes de soins intégrés globaux comme PACE et le Kaiser Permanente Northwest sont associés à une plus grande utilisation de services de proximité et hospitaliers. Cependant, la qualité des études concernées est moindre.</p> <p>Les soins en accès libre améliorent la satisfaction des patients eu égard aux soins et aux services de proximité, mais n'ont aucun effet sur les résultats cliniques des usagers.</p> <p>Ces différents modèles ont donc des résultats différents selon leur stratégie initiale. La combinaison des éléments clés de ces trois modèles pourrait maximiser les résultats : un système de soins</p>



Auteurs Année de publication Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusions des auteurs Cohérence avec les données de la littérature présentées
							pleinement intégrés qui facilite l'accès aux services de santé et de proximité avec un accompagnement par un « <i>case manager</i> » afin d'obtenir de meilleurs résultats cliniques et prévenir l'institutionnalisation et les hospitalisations évitables. Dans ce modèle, l'usager a autant de contrôle que possible sur les soins qu'il reçoit.
Martinez et al., 2012 (30) Revue de la littérature	→2012	Oui	Oui	Oui	27 revues, dont treize systématiques, quatre méta-analyses, trois revues systématiques et méta-analyses, trois revues descriptives et quatre revues du type revues	2	Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité des programmes de soins intégrés pour adultes atteints de pathologies chroniques. Ces revues sont extrêmement hétérogènes, tant sur les pathologies étudiées que sur les composantes des soins intégrés et les types d'interventions. Les principales pathologies faisant l'objet d'une étude étaient les suivantes : insuffisance cardiaque (douze études), diabète (sept études), BPCO (sept études), asthme (quatre études), cancer et arthrite rhumatoïde (deux études).  L'approche intégrée a des effets positifs :

Auteurs Année de publication Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusions des auteurs Cohérence avec les données de la littérature présentées
					systematiques ou méta-analyses (sans mention dans le titre). 834 études au total ont été passées en revue.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- sur la satisfaction et sur la capacité fonctionnelle des patients insuffisants cardiaques ;</li> <li>- sur la satisfaction des patients, l'adhésion aux protocoles par les professionnels et la gestion de la maladie chez les diabétiques.</li> <li>- En revanche, aucun impact sur la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques, diabétiques ou souffrant de BPCO ou d'asthme n'a été observé, pas plus que sur la mortalité des patients insuffisants cardiaques ou souffrant de BPCO.</li> </ul>
Maslin-Prothero et Bennion, 2010 (36) RS	2000-2009	Oui	Oui	Oui	18 articles	3	<p>Il n'existe pas de définition universelle de l'intégration. Il existe en revanche une multitude de modèles d'intégration. Des facteurs variés conduisant à un mode intégré de travail ont été identifiés par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositions claires en matière de gouvernance ;</li> <li>- Besoin de gestion et de résolution des ten-</li> </ul>

<b>Auteurs</b> <b>Année de publication</b> <b>Type de publication</b>	<b>Recherche systématique de la littérature</b> <b>Période de recherche</b>	<b>Critères d'inclusion des articles</b>	<b>Critères d'exclusion des articles</b>	<b>Analyse des articles explicités (grille de lecture)</b>	<b>Nombre d'articles inclus</b> <b>Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)</b>	<b>Niveau de preuve</b>	<b>Conclusions des auteurs</b> <b>Cohérence avec les données de la littérature présentées</b>
							<p>sions entre les structures aux niveaux local et national ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nécessité d'avoir une compréhension partagée de l'objectif de la co-entreprise et une compréhension mutuelle, ainsi qu'un engagement pour une vision de l'entreprise au-delà des organisations impliquées ;</li> <li>- Systèmes d'information partagée ;</li> <li>- Développement d'une culture partagée ;</li> <li>- Mise en place de nouveaux rôles pour soutenir de nouvelles façons de travailler ;</li> <li>- Superposabilité des frontières des soins et des services sociaux ;</li> <li>- Nécessité de présenter une histoire passée du travail ensemble ;</li> <li>- Preuve mitigée de l'importance de la colocation ;</li> <li>- Reconnaissance de zones grises en termes de politique et d'organisations. Nécessité d'encourager les agences locales à travailler dans ces zones ;</li> <li>- La promotion de valeurs de services aux</li> </ul>

<b>Auteurs</b> <b>Année de publication</b> <b>Type de publication</b>	<b>Recherche systématique de la littérature</b> <b>Période de recherche</b>	<b>Critères d'inclusion des articles</b>	<b>Critères d'exclusion des articles</b>	<b>Analyse des articles explicités (grille de lecture)</b>	<b>Nombre d'articles inclus</b> <b>Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)</b>	<b>Niveau de preuve</b>	<b>Conclusions des auteurs</b> <b>Cohérence avec les données de la littérature présentées</b>
							<p>usagers.</p> <p>Des barrières à l'intégration sont également mises en évidence dans la littérature : manque de coopération interprofessionnelle entre professions de santé et du social, clivage entre ces deux groupes de professions, fossé dû à la différence de culture, de comportement et de compréhension des services, qui crée un fossé entre les professions. Il existe également un besoin de clarifier les fonctions de management et les responsabilités des <i>leaders</i>.</p> <p>Le déséquilibre entre les pouvoirs et le manque de communication sont des obstacles certains. En ce qui concerne les ressources humaines, les contrats à court terme, le manque de visibilité par rapport à l'avenir sont des également des barrières à l'intégration.</p> <p>Les bénéfices pour les équipes engagées dans ce type de démarche sont importants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus grande satisfaction par rapport au travail ;</li> </ul>

Auteurs Année de publication Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusions des auteurs Cohérence avec les données de la littérature présentées
							<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail d'équipe amélioré ;</li> <li>- Développement d'une culture partagée ;</li> <li>- Communication améliorée ;</li> <li>- Coopération améliorée avec les autres structures permettant aux professionnels de répondre plus aisément aux besoins des patients. Le délai d'intervention entre l'adressage et l'évaluation est plus rapide dans les équipes intégrées. La personnalité des <i>managers</i> et leur capacité à créer du lien avec des professionnels de différents horizons est également un facteur-clé ;</li> <li>- Les auteurs pointent le manque de données empiriques.</li> </ul>
Nicholson et al., 2013 (34) RS	2006-2012	Oui	Oui	Oui	21	3	<p>Les auteurs ont identifié dans la littérature dix éléments clés nécessaires à la gouvernance d'un système de soins intégrés entre les 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> recours dans une perspective régionale de mise en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planification commune ;</li> <li>- Technologie de l'information et de la com-</li> </ul>

<b>Auteurs</b> <b>Année de publication</b> <b>Type de publication</b>	<b>Recherche systématique de la littérature</b> <b>Période de recherche</b>	<b>Critères d'inclusion des articles</b>	<b>Critères d'exclusion des articles</b>	<b>Analyse des articles explicités (grille de lecture)</b>	<b>Nombre d'articles inclus</b> <b>Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)</b>	<b>Niveau de preuve</b>	<b>Conclusions des auteurs</b> <b>Cohérence avec les données de la littérature présentées</b>
							<p>munication intégrée ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Management du changement ;</li> <li>- Priorités cliniques partagées ;</li> <li>- Incitatifs ;</li> <li>- Accent sur la santé de la population du territoire ;</li> <li>- Mesure – Utilisation des données comme outils d'amélioration de la qualité ;</li> <li>- DPC renforçant le travail collaboratif ;</li> <li>- Implication des patients et des communautés ;</li> <li>- Innovation.</li> </ul> <p>Les facteurs de réussite de l'intégration ont été identifiés: le <i>leadership</i>, une vision centrée sur la sécurité et la qualité des soins au patient et l'engagement à travailler en partenariat.</p> <p>De même qu'un certain nombre d'obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'existence d'aspirations contraires ;</li> <li>- Le besoin d'équilibrer les intérêts et valeurs des acteurs impliqués dans la continuité des soins.</li> </ul>

Auteurs Année de publication Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusions des auteurs Cohérence avec les données de la littérature présentées
							<p>Par ailleurs, la définition d'un modèle de gouvernance servant les intérêts de la communauté tout en préservant l'autonomie des organisations est un défi à relever.</p> <p>Les réformes au niveau macro sont insuffisantes pour délivrer des soins intégrés. En effet, celles-ci doivent être réalisées en lien avec les réformes aux niveaux micro et meso.</p> <p>Les preuves empiriques sur l'impact de l'intégration font défaut. Très peu de données existent également sur l'expérience des soins intégrés perçue par les patients, les professionnels de santé et les responsables politiques.</p>
Suter et al., 2009 (43) SR	1998-2006	Oui	Oui	Oui	219	2	<p>Malgré la diversité des concepts et modèles d'intégration, un nombre de facteurs de réussite communs ont pu être observés. Ces principes sont indépendants du type de modèle d'intégration, du contexte du système de santé et de la typologie des patients concernés. Il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des services globaux/cohérents tout au long du continuum des soins ;</li> </ul>

<b>Auteurs</b> <b>Année de publication</b> <b>Type de publication</b>	<b>Recherche systématique de la littérature</b> <b>Période de recherche</b>	<b>Critères d'inclusion des articles</b>	<b>Critères d'exclusion des articles</b>	<b>Analyse des articles explicités (grille de lecture)</b>	<b>Nombre d'articles inclus</b> <b>Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)</b>	<b>Niveau de preuve</b>	<b>Conclusions des auteurs</b> <b>Cohérence avec les données de la littérature présentées</b>
							<ul style="list-style-type: none"> <li>- Du ciblage des patients ;</li> <li>- De la couverture territoriale et de l'inscription des patients ;</li> <li>- Des prestations de soins standardisés par les équipes interprofessionnelles ;</li> <li>- Du management de la performance ;</li> <li>- Des systèmes d'information ;</li> <li>- De la culture d'organisation et du <i>leadership</i> ;</li> <li>- De l'intégration des médecins ;</li> <li>- Des structures de gouvernance ;</li> <li>- De la gestion financière.</li> </ul>



## 4. Participants au groupe de travail

Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.

### Groupe de travail

M. Bastien Affeltranger, chef de projet, Institut National du Cancer, Boulogne-Billancourt  
D<sup>r</sup> Pierre Blaise, directeur du projet régional de santé, ARS Pays de la Loire, Nantes  
M. Christian Bonnaud, infirmier, Marseille  
Mme Julie Cachard, diététicienne, Chambéry  
D<sup>r</sup> Sophia Chatelard, médecin généraliste, Saint-Martin-d'Hères  
M. Pascal Chauvet, infirmier, directeur réseau de santé, Aulnay-de-Saintonge  
D<sup>r</sup> Jean-Louis Correia, médecin généraliste, Chambéry  
D<sup>r</sup> Mathieu De Stampa, médecin de santé publique, Paris  
D<sup>r</sup> Véronique Drouglazet, médecin inspecteur de santé publique, ARS Ile-de-France, Paris  
D<sup>r</sup> Dominique Jaulmes, médecin retraitée, bénévole au sein d'une association du secteur social, Paris  
M. Jérôme Lacassagne, chargé de mission, ARS Rhône-Alpes, Lyon  
Mme Frédérique Le Marer, directrice réseau de santé, Besançon  
M. Jean-Yves Lemerle, masseur-kinésithérapeute, Angers  
D<sup>r</sup> Yannick L'Hermitte, médecin territorial, Conseil général du Maine-et-Loire, Angers  
Mme Laurence Marian, responsable pôle projets stratégiques, ARS Languedoc-Roussillon, Montpellier  
Mme Catherine Perisset, chef de projet MAIA, CNSA, Paris  
P<sup>r</sup> Pascale Pradat-Diehl, chef de service de médecine physique et réadaptation, Paris  
Mme Florence Sidorok, cadre de santé, coordinatrice médico-sociale d'un réseau de santé, Paris  
Mme Cécile Solier, chargée de mission, ARS Bretagne, Rennes  
Mme Hélène Trouvé, chef de projet, ex FNG, Paris  
M. Marc Weissmann, directeur plateforme CPS, Grenoble

### Pour la HAS

M<sup>me</sup> Nathalie Derozier, chef de projet, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades  
D<sup>r</sup> Michel Varroud-Vial, chef de service, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades  
M<sup>me</sup> Emmanuelle Blondet, documentaliste, service documentation et information des publics.

## 5. Références bibliographiques

1. Thiel V, Sonola L, Goodwin N, Kodner DL. Developing community resource teams in Pembrokeshire, Wales. Integration of health and social care in progress. London: The King's Fund; 2013.  
[http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/pembrokeshire-coordinated-care-case-study.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/pembrokeshire-coordinated-care-case-study.pdf)
2. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. London: The King's Fund; 2014.  
[http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf)
3. World Health Organization. Integrated health services: what and why? Geneva: WHO; 2008.  
[http://www.who.int/healthsystems/technical\\_brief\\_final.pdf](http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf)
4. Social Care Institute for Excellence, Cameron A, Lart R, Bostock L, Coomber C. Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services. London: Scie; 2012.  
<http://www.scie.org.uk/publications/briefings/files/briefing41.pdf>
5. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. Int J Integr Care 2009;9:e82.
6. Somme D. Filières de soins, intégration, gestion de cas et maintien de l'autonomie des personnes âgées [thèse] Reims: Université de Reims-Champagne Ardenne; 2008.  
<http://ebureau.univ-reims.fr/slide/files/quotas/SCD/theses/exl-doc/GED00000740.pdf>
7. Somme D, Trouve 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 : texte intégral Première partie. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2014;12(1):5-12.
8. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? London: Nuffield Trust; 2011.  
[http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what\\_is\\_integrated\\_care\\_research\\_report\\_june11\\_0.pdf](http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11_0.pdf)
9. Kodner DL. All together now: a conceptual exploration of integrated care. Healthc Q 2009;13 (Spec ):6-15.
10. Kodner DL, Kyriacou CK. Fully integrated care for frail elderly: two American models. Int J Integr Care 2000;1:e08.
11. National Health Service, Field S. NHS Future Forum. Summary report on proposed changes to the NHS. London: Department of Health UK; 2011.  
[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/213748/dh\\_127540.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213748/dh_127540.pdf)
12. Curry N, Ham C. Clinical and service integration. The route to improved outcomes. London: The King's Fund; 2010.  
<http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Clinical-and-service-integration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf>
13. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre. Ruptures 2001;8(2):38-52.
14. Ham C, Imison C, Goodwin N, Dixon A, South P. Where next for the NHS reforms? The case for integrated care. London: The King's Fund; 2011.  
<http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Where-next%20for-the-NHS-reforms--case-for-integrated->

[care-Ham-Imison-Goodwin-Dixon-South-Kings-Fund-May-2011.pdf](#)

15. Béland F, Hollander MJ. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. *Gac Sanit* 2011;25 (Suppl 2):138-46.
16. Béland F. Integration des services (gériatrie). *International Encyclopedia of Rehabilitation* 2010.
17. Lafortune L, Béland F, Bergman H. Le vieillissement et les services de santé : une réorientation des pratiques cliniques plutôt qu'un défi économique. *Vie économique* 2011;3(1):1-13.
18. Hirth V, Baskins J, Dever-Bumba M. Program of all-inclusive care (PACE): past, present, and future. *J Am Med Dir Assoc* 2009;10(3):155-60.
19. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *Int J Integr Care* 2002;2:e12.
20. Béland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, *et al.* A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61(4):367-73.
21. 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 (Canada): A quasi-experimental study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2010;65B(1):107-18.
22. Fondation nationale de gérontologie, Hôpital européen Georges Pompidou, Direction générale de la Santé, Trouvé H, Somme D. Stratégies des ARS dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA. Paris: FNG; 2012.  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000336/0000.pdf>
23. de Stampa M, Somme D. Rapport d'expertise MAIA 2ème phase expérimentale 2010-2011. Convention DGS-FNG. Avenant Convention DGS-URC Ouest. Paris: DGS; 2012.  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000109/0000.pdf>
24. Thistlethwaite P. Integrating health and social care in Torbay. Improving care for Mrs Smith. London: The King's Fund; 2011.  
[http://www.regioner.dk/~media/Mediebibliotek\\_2011/SUNDHED/Arrangementer/2012/PT%20Integrating-health-social-care-Torbay-case-study-Kings-Fund-March-20111.ashx](http://www.regioner.dk/~media/Mediebibliotek_2011/SUNDHED/Arrangementer/2012/PT%20Integrating-health-social-care-Torbay-case-study-Kings-Fund-March-20111.ashx)
25. Goodwin N, Smith J, Davies A, Perry C, Rosen R, Dixon A, *et al.* Integrated care for patients and populations: improving outcomes by working together. London: The King's Fund, Nuffield Trust; 2012.  
<http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/integrated-care-patients-populations-paper-nuffield-trust-kings-fund-january-2012.pdf>
26. RAND Europe, Roland M, Lewis R, Steventon A, Abel GA, Adams JL, *et al.* Does integrated care deliver the benefits expected? Findings from 16 integrated care pilot initiatives in England. Cambridge: RAND Corporation; 2013.  
[http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research\\_briefs/RB9700/RB9703/RAND\\_RB9703.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_briefs/RB9700/RB9703/RAND_RB9703.pdf)
27. Rosen R, Mountford J, Lewis G, Lewis R, Shand J, Shaw S. Integration in action: four international case studies. London: Nuffield Trust; 2011.  
<http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/integration-in-action-research-report-jul11.pdf>
28. Health Policy & Economic Research Unit, Priest J. The integration of health and social care. London: BMA; 2012.  
<http://bma.org.uk/~media/files/pdfs/working%20for%20change/shaping%20healthcare/reconfiguration%20and%20integration>

[n/the%20integration%20of%20health%20and%20social%20care.pdf](#)

29. Alltimes G, Varnam R, Adebowale V, Bremner S, Bubb S, Christensen L, *et al.* Integration. A report from the NHS future forum. London: Department of Health UK; 2012. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/216425/dh\\_132023.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216425/dh_132023.pdf)
30. Martinez N, Berchtold P, Busato A, Egger M. Effectiveness of integrated care programmes in adults with chronic conditions: a systematic review. Bern: Institute for Social and Preventive Medicine, University of Bern; 2012. [http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/06506/06664/index.html?lang=fr&download=NHzLpZeg7t,Inp6lONTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCKfIB2e2ym162epYbg2c\\_JjKbNoKSn6A](http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/06506/06664/index.html?lang=fr&download=NHzLpZeg7t,Inp6lONTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCKfIB2e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A)
31. Institute of Research and Innovation in Social Services, Petch A. Delivering integrated care and support. Scotland: IRISS Insights; 2014. <http://www.iriss.org.uk/sites/default/files/iriss-insight-24.pdf>
32. Institute of Public Care, Oxford Brookes University. Evidence review: integrated health and social care. Leeds: Skills for Care; 2013. <http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/NMDS-SC,-workforce-intelligence-and-innovation/Research/IPC-ER4---Integrated-Health-and-Social-Care-Executive-Summary-100613-FINAL.pdf>
33. de Stampa M, Vedel I, Mauriat C, Bagaragaza E, Routelous C, Bergman H, *et al.* Diagnostic study, design and implementation of an integrated model of care in France: a bottom-up process with continuous leadership. *Int J Integr Care* 2010;10:e034.
34. Nicholson C, Jackson C, Marley J. A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world: results of a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2013;13(1):528.
35. Burgess L. Integration of health and social care: international comparisons. *SPICE Briefing* 2012;12(48).
36. Maslin-Prothero SE, Bennion AE. Integrated team working: a literature review. *Int J Integr Care* 2010;10:e043.
37. Royal College of Nursing, Robertson H. Integration of health and social care. A review of literature and models implications for Scotland. Edinburgh: RCN Scotland; 2011. [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/455633/Hilarys\\_Paper.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/455633/Hilarys_Paper.pdf)
38. Ham C, Heenan D, Longley M, Steel DR. Integrated care in Northern Ireland, Scotland and Wales. Lessons for England. London: The King's Fund; 2013. <http://www.ebooksmagz.com/pdf/integrated-care-in-northern-ireland-scotland-and-wales-lessons-for-342195.pdf>
39. de Stampa M, Vedel I, Trouvé H, Jean OS, Ankri J, Somme D. Intégration des services : obstacles et facteurs facilitant leur implantation. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2013;61(2):145-53.
40. NHS Confederation, King's College London, Edwards N, Fulop N, Mowlem A. Building integrated care: lessons from the UK and elsewhere. London: NHS Confederation; 2005. <http://www.nhsconfed.org/Publications/Documents/Building%20integrated%20care.pdf>
41. Ling T, Brereton L, Conklin A, Newbould J, Roland M. Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. *Int J Integr Care* 2012;12:e129.
42. Steventon A, Bardsley M, Billings J, Georghiou T, Lewis G. An evaluation of the impact of community-based interventions on hospital use. London: Nuffield

Trust; 2011.  
<http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/An-evaluation-of-the-impact-of-community-based-interventions-on-hospital-use-summary-Mar11.pdf>

43. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q* 2009;13 (Spec ):16-23.

44. Vedel I. Un modèle français d'intégration des services pour les personnes âgées fragiles : de l'innovation de sa conception à son implantation [thèse] Reims: Université de Reims-Champagne Ardenne; 2008.

<http://ebureau.univ-reims.fr/slide/files/quotas/SCD/theses/sante/2008REI MM209.pdf>

45. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community* 2009;17(5):447-58.

46. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res* 2011;11:93.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)