

Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux

L'**intégration** est 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 sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Ces techniques peuvent porter sur le financement, l'organisation administrative et les soins. A l'inverse de la coordination entre organisations, qui vise à animer le mieux possible la fragmentation ambiante du système, l'intégration vise à réduire la fragmentation du système en le réorganisant.

► Points clés

- Les personnes âgées fragiles sont les principaux bénéficiaires de l'intégration mais d'autres publics, comme ceux en situation de handicap et/ou souffrant de troubles de la santé mentale, peuvent également en bénéficier.
- La perception d'un bénéfice par les usagers et les professionnels est la condition du succès.
- L'intégration est une dynamique qui **s'inscrit dans le temps** et non un état stabilisé.
- La démarche d'intégration ne peut être considérée comme une action isolée : son efficacité repose notamment sur le développement des pratiques en équipes pluri-professionnelles et le déploiement de fonctions d'appui aux professionnels.
- Il n'existe pas un modèle unique d'intégration. Cependant il y a des invariants :
 - une concertation organisée à tous les niveaux : macro pour harmoniser les politiques publiques, méso pour organiser sur le territoire les services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, et micro pour délivrer des soins intégrés par des équipes pluri-professionnelles ;
 - une animation par un pilote reconnu comme légitime par l'ensemble des acteurs et des institutions du territoire ;
 - des modifications du fonctionnement des organisations et des modalités de collaboration entre les acteurs.

► Ce qu'il faut savoir

- L'intégration est potentiellement bénéfique à toutes les populations en demande de services, et plus particulièrement à celles qui utilisent de façon intensive les services et prestations sanitaires, médico-sociaux et sociaux et dont les soins sont insuffisamment coordonnés. Son impact varie selon les stratégies d'intégration et les populations-cibles. Dans les études observationnelles, il a surtout été évalué chez les personnes âgées fragiles ou à risque de dépendance. En général, une réduction du recours à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation est observée, allant de pair avec une augmentation de la consommation des services de soins à domicile.
- L'intégration n'améliore pas à elle seule les résultats des soins. Elle peut y contribuer si elle est combinée à des actions de suivi personnalisé du type « *case management* » pour les patients en situation complexe.
- L'intégration s'applique simultanément à trois niveaux :
 - Le niveau macro est celui de l'harmonisation des politiques publiques avec prise de décisions qui donnent lieu à une contractualisation. Il se situe en général à l'étage régional ou départemental. Il implique les décideurs et financeurs : ARS, conseils généraux essentiellement, mais aussi les associations d'usagers, les URPS, l'Assurance Maladie, les DRJSCS, les caisses de retraite, l'Education Nationale, etc.
 - Le niveau meso est celui de l'organisation ou de la réorganisation des services et structures à l'échelle du territoire pertinent (bassin de vie, par exemple). Cet abord est indispensable pour réunir l'ensemble des acteurs, partager les mêmes objectifs, identifier et supprimer les freins à la dynamique d'intégration : choix des problèmes à régler en priorité, adoption d'outils communs, de modalités de réponse et d'orientation partagées au niveau des guichets intégrés, de protocoles territoriaux et de vecteurs pour les échanges d'information. A ce niveau, sont impliqués : les élus locaux, les usa-

gers, les directeurs et les responsables d'établissements et de services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, les professionnels de santé libéraux, les CCAS, etc.

- Le niveau micro est celui de la délivrance des soins et de l'accompagnement médico-social ou social. Il implique les professionnels de santé, du médico-social et du social. Ceux-ci sont incités à faire évoluer leurs modalités d'exercice et à coordonner leurs pratiques autour des besoins globaux de chaque patient et de l'offre territoriale de services.

L'intégration exige une rencontre et des échanges organisés entre ces niveaux.

- Le but est de fournir aux usagers le continuum de services médicaux, médico-sociaux et sociaux dont ils ont besoin avec comme objectifs de réduire les inégalités d'accès aux soins, d'améliorer la qualité des soins, la santé perçue, et cela à coût constant ou moindre (grâce notamment à la prévention des hospitalisations évitables).

► Ce qu'il faut faire

Les étapes ci-dessous s'inscrivent dans un processus qui tient compte des besoins, des initiatives et des souhaits des acteurs locaux. Leur ordre peut être modifié en fonction du contexte local.

Étape 1. Créer des espaces de concertation efficace entre les acteurs institutionnels et professionnels

- S'appuyer sur les dynamiques territoriales existantes ;
- Établir un cadre général et les conditions d'une vision partagée entre les acteurs ;
- Clarifier les objectifs de l'intégration et les changements nécessaires pour y parvenir ;
- Veiller à mobiliser à tous les niveaux (macro, meso, micro), les décideurs (ou leurs délégués en capacité de décider) et les responsables opérationnels des organisations sanitaires, médico-sociales et sociales ;
- Impliquer fortement les décideurs et financeurs pour recueillir leur adhésion et leur impulsion nécessaire à l'intégration.

Étape 2. Désigner un pilote à l'échelle du territoire

Le pilote est chargé d'animer la concertation et le processus d'intégration. Sa légitimité et sa neutralité vis-à-vis des acteurs sont les conditions de son efficacité. Une autre condition est sa reconnaissance à la fois par les acteurs locaux et par les décideurs institutionnels. Il doit être doté de grandes capacités d'écoute. Une formation à la fonction de pilote est indispensable. Plusieurs structures peuvent porter l'intégration et son pilote. Selon l'histoire locale, cela peut être :

- Les porteurs d'une MAIA http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CCN_MAIA_BO_201_1_10_15nov11.pdf ;
- Les partenaires d'un contrat local de santé (CLS) ;
- Une structure associative non lucrative ;
- Un groupement de coopération sanitaire (GCS) ou un groupement de coopération sanitaire et médico-sociale (GCSMS) ;
- Un établissement de santé ;
- Un réseau de santé, etc

Il relève du rôle des ARS d'animer une concertation, entre les institutionnels et les acteurs, qui permette de désigner des pilotes dans chaque territoire.

Étape 3. Définir les objectifs

- Réaliser un diagnostic territorial de santé partagé (sanitaire et social) et anticiper les besoins à 5-10 ans ;
- Délimiter le public-cible, c'est-à-dire les patients pouvant pleinement bénéficier de l'intégration et, parmi ceux-ci, ceux dont le risque élevé d'événement indésirable nécessite une assistance au parcours ;
- Sur ces bases, établir « un plan commun d'action » ;
- Identifier les services à intégrer en fonction des objectifs choisis ;
- Séparer les modifications imposables à tous les acteurs des éléments adaptables en fonction de la situation et de la culture de chacun.

Étape 4. Mettre en place les moteurs ou composantes essentielles de l'intégration

- Une concertation régulière selon des modalités appropriées à chaque niveau : « tables stratégiques », « tables tactiques », RCP, etc. ;
- Le « guichet intégré » qui permet d'apporter une réponse complète et cohérente à la personne quelle que soit la porte d'entrée à laquelle elle s'adresse (réseau, CLIC, CCAS, etc.) : ceci suppose de pouvoir approfondir les demandes et d'orienter les patients selon des questionnaires et protocoles communs ;
- La possibilité d'obtenir l'aide d'un « assistant au parcours » pour la gestion des situations complexes ;
- L'adoption d'un outil d'évaluation multidimensionnelle de la personne qui soit commun entre les différents acteurs sanitaires et services sociaux : cela doit permettre d'apporter une réponse commune aux professionnels et d'éviter qu'une personne ne reçoive plusieurs évaluations ;
- La planification des parcours complexes avec des outils qui dépendent du niveau de complexité de la situation : « plan de services » par les gestionnaires de cas des MAIA, plan personna-

lisé de santé par les professionnels de santé seuls ou avec les assistants de parcours des réseaux ;

- La possibilité d'échanger et de partager des données grâce à un système d'information : messageries sécurisées, documents de synthèse tels le Volet Médical de Synthèse, le Dossier de Liaison Urgences en EHPAD, etc.

Étape 5. Entretenir la dynamique de l'intégration

- Soutenir les réorganisations par des financements pérennes et cohérents sur le territoire ;
- Poursuivre la concertation à tous les niveaux ;
- Effectuer rapidement des retours d'information à l'ensemble des acteurs en valorisant les changements réalisés et les résultats obtenus ;
- Encourager les remontées d'information au pilote et à la gouvernance sur les besoins non satisfaits et les difficultés rencontrées ;
- Organiser le suivi des décisions ;
- Gérer les conflits d'intérêts éventuels.

Étape 6. Evaluer et réajuster la démarche périodiquement

- Adopter avec les acteurs des critères pour juger de l'efficacité des démarches ;
- Adapter ces démarches en fonction des premiers résultats obtenus et des difficultés identifiées (focus 1 et 2) ;
- Évaluer au terme d'un délai réaliste : le délai de 3 ans est un minimum cité dans la littérature.

► Ce qu'il faut éviter

- Débuter par la seule intégration des structures ;
- Réduire l'intégration à une démarche administrative de type fusion (focus 3). Ex : confondre intégration et fusion ou mutualisation des réseaux ;
- Réduire l'intégration à un processus clinique de résolution des cas complexes ;
- Adopter une approche d'intégration uniquement descendante (« *top down* ») ou uniquement ascendante (« *bottom up* ») ;
- Confondre intégration et relations professionnelles de qualité ;
- Ignorer les politiques et les élus ;
- Laisser les décisions lettre-morte, sans se préoccuper de leur effectivité ;
- Vouloir des résultats immédiats et évaluer prématurément l'impact de la procédure d'intégration.

► Conditions à réunir

- Mettre en cohérence les politiques publiques, réduire et gérer leurs divergences ;
- Présence d'un seul pilote de l'intégration sur le territoire, reconnu par tous les acteurs ;

- Centrer la démarche d'intégration sur les besoins des usagers et des professionnels ;
- Impliquer dès le début les professionnels de santé et en particulier les médecins généralistes ;
- Impliquer les élus dans l'initiative et la convocation aux réunions de concertation ;
- Veiller à une étroite collaboration des « *case managers* » ou « assistants de parcours » avec les médecins généralistes et les équipes de santé primaire ;
- Favoriser le développement de programmes de formation pluri-professionnels communs aux professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et sociaux.

► Indicateurs de pratique proposés

- Nombre de structures sanitaires, sociales ou médico-sociales partageant une même procédure d'orientation en réponse aux demandes, sur le nombre total de structures du territoire ;
- Nombre de partenaires et d'institutions ayant signé un plan commun d'action, sur le nombre de partenaires et d'institutions du territoire ;
- Nombre de personnes âgées ayant bénéficié d'une évaluation unique partagée entre plusieurs acteurs par rapport au nombre total de personnes âgées évaluées ;
- Nombre d'appels au guichet intégré ayant obtenu une réponse, sur le nombre d'appels au guichet intégré.

► Exemples de réalisations ou de projets en cours

La MAIA de Paris-Centre (1^{er} à 6^e arrondissements), portée par le CLIC associatif Paris Émeraude Centre, a pour proche voisin le réseau gérontologique MEMORYS. Cette proximité géographique entre les acteurs de la coordination gérontologique de Paris Centre a permis aux trois équipes (CLIC, Réseau gérontologique et gestionnaires de cas) de développer une dynamique de collaboration concrétisée par l'organisation de réunions hebdomadaires d'inclusion et par la mise en place d'un numéro de téléphone unique. La charte du réseau a été signée par le porteur de la MAIA. L'ARS Ile de France a réuni trois fois la table stratégique, qui se situe au niveau départemental. Elle englobe l'ensemble des MAIA parisiennes. Le pilote anime la table de concertation tactique en assurant son organisation pratique. Ces espaces de concertation sont nécessaires à la mise en place sur le territoire commun d'un projet collectif et d'une co-responsabilisation. Grâce à l'élaboration au niveau départemental d'un formulaire d'analyse et de liaison interservices « personnes âgées » et réunissant tous les critères d'alerte pour une évaluation globale et multidimensionnelle, une procédure co-construite et partagée sur l'analyse de la demande de façon globale a pu être initiée. Prévue dans le cahier des charges MAIA, elle permet à la secrétaire du CLIC, en charge de l'accueil téléphonique, d'orienter au mieux les demandes.

Le contrat local de santé (CLS) du Haut-Allier (Langogne, Lozère) a pour objectifs d'améliorer l'état de santé au niveau local et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, en s'appuyant sur les besoins ressentis sur le territoire, plutôt que sur des données épidémiologiques.

Des espaces de concertation ont été mis en place : comité de pilotage technique et professionnel (niveau meso, table tactique), comité de pilotage politique (niveau macro, table stratégique) et groupes de travail (niveau micro). Le coordinateur ou pilote a un rôle central : il est à la fois chargé d'animer et d'assurer le suivi technique du CLS dans une démarche de gestion de projet, mais aussi d'apporter un appui aux instances de gouvernance politique et technique citées précédemment.

L'association Alliage porte la MAIA du Pays Salonais et un CLIC sur le territoire de Salon de Provence et de ses alentours. Le pilote a participé à la mise en place de la table stratégique départementale et anime la table de concertation tactique en assurant son organisation pratique. Il assure le suivi des décisions validées par les différentes instances de concertation. Après un diagnostic des ressources et de l'organisation de l'offre de soins et de

services sur le territoire destiné à adapter l'offre, le pilote a impulsé et assuré la mise en œuvre du guichet intégré. Une des premières étapes de la concertation a été formalisée à travers un questionnaire destiné à recueillir les besoins de la population non couverts et identifiés par les acteurs du territoire. Des réunions de suivi entre les gestionnaires de cas, les services ADMR et de maintien à domicile, les travailleurs sociaux APA sont régulièrement organisées par le pilote afin de faire le point sur des situations communes. Des réunions bimensuelles, ayant le même objectif, ont lieu avec l'équipe mobile de gériatrie de Salon. Ces différents acteurs ainsi que quelques autres (CCAS, MDPH, etc.) participent au guichet intégré précurseur. Deux gestionnaires de cas ont suivi 46 situations complexes en 2013, avec une montée en charge parallèle au déploiement de l'intégration. Le PSI, systématiquement élaboré par ceux-ci à partir de l'évaluation multidimensionnelle, est partagé lors des réunions de concertation clinique et une synthèse est restituée aux intervenants à domicile et notamment au médecin traitant. Le site Internet de la MAIA est un outil numérique collaboratif partagé, incluant un référentiel « mission » et un annuaire.

La MAIA du nord Hauts-de-Seine est portée par le réseau de santé AGEKANONIX. Elle s'inscrit dans un territoire fortement peuplé et caractérisé par une dynamique de coopération assez ancienne entre les différents acteurs des champs sanitaires et sociaux reposant notamment sur des réunions et staffs communs. L'année 2013 a été consacrée à communiquer autour de l'intégration, à faire un diagnostic territorial et à impulser le travail de mise en cohérence des actions. Dans le cadre du guichet intégré, les équipes du réseau, du CLIC et les gestionnaires de cas MAIA se réunissent régulièrement pour analyser les situations qui leur sont soumises.

Depuis 2000, les activités **de l'Association gérontologique de Gâtine** (Deux-Sèvres) n'ont cessé de s'étendre jusqu'à porter actuellement un réseau de santé, un CLIC, la mission d'évaluation de la CARSAT, un projet collaboratif MAIA, une plateforme de répit en lien avec un établissement dépositaire de l'autorisation et la mission « Appui conseil ». Un numéro unique permet le filtrage et l'orientation des demandes par les chargées d'accueil des CLIC, soit vers le réseau, soit vers un gestionnaire de cas, sur la base de la fiche d'orientation « personne âgée ». Ce formulaire a été nécessaire à la mise en place du guichet intégré. Un outil d'aide à l'analyse de la première demande leur apporte une aide pour analyser les demandes et apporter des éléments de réponse aux usagers.

Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est une instance locale de concertation et de coordination fondé sur les circulaires DGS-2030 du 12

décembre 1972 et DGS-891 du 9 mai 1974, sur la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale et, plus récemment, sur les plans de santé mentale 2005-2008 et 2011-2015. Il en existe une centaine en France. Le CLSM rassemble sur un même territoire de proximité tous les acteurs concernés par les problèmes de santé mentale : élus locaux, professionnels de santé, services sociaux, usagers, aidants, logement, Education Nationale, Police, Parquet, etc. Il a pour missions de promouvoir la concertation dans le domaine de la prévention, l'accès aux soins, la gestion des situations de crise et l'insertion des personnes souffrant de troubles de la santé mentale. Cette concertation s'attache à mettre en œuvre des procédures susceptibles d'apporter des solutions tout en respectant la responsabilité propre de chaque acteur. Présidé par un élu, il fonctionne avec une assemblée plénière, lieu de concertation périodique qui regroupe tous les acteurs susceptibles d'intervenir, un comité de pilotage chargé de faciliter les échanges et des groupes de travail thématiques. L'expérience acquise ces dernières années montre que l'implication de l'élu local en matière de convocation favorise la participation des acteurs à la concertation.

Une approche de guichet intégré : la Coordination Territoriale d'Appui (CTA) des programmes PAERPA. La CTA est portée par une ou plusieurs structures responsables. Elle offre un service d'information aux personnes âgées et à leurs aidants : un accueil physique est à leur disposition, ainsi qu'un numéro unique pour répondre à leurs questions

À la demande du médecin traitant ou des autres professionnels de santé du territoire, elle peut remplir différentes fonctions :

- informer et orienter les professionnels du territoire grâce à un annuaire ou un répertoire opérationnel des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales ;
- orienter les professionnels vers une offre d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ;
- activer des aides sociales ;
- activer l'expertise gériatrique en mobilisant la filière gériatrique de proximité ;
- activer l'expertise psychiatrique et en soins palliatifs ;
- lors d'une admission à l'hôpital, particulièrement aux urgences, mettre en contact les équipes hospitalières avec les professionnels de santé en charge de la personne pour organiser la sortie ;
- assurer une mission de suivi des PPS, en particulier de leur volet social, et informer le référent du PPS en tant que de besoin.

Focus 1. Lexique de l'intégration

Approche Bottom-up : Approche qui accorde une grande attention aux initiatives locales et aux souhaits des acteurs de terrain. Elle s'oppose à l'approche « top-down » dans laquelle la mise en œuvre de l'intégration est uniquement prescrite par une politique définie *a priori* par les institutions. La combinaison des deux approches est souvent considérée comme optimale.

Concertation : Elle a pour objectif d'inscrire dans un territoire donné des espaces collaboratifs où se réunissent différents acteurs, favorisant ainsi le décloisonnement. La concertation a lieu à plusieurs niveaux : stratégique, tactique et clinique.

Coordination : Organisation délibérée dans le champ de la santé des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins.

Gestion de situations complexes : Démarche collaborative d'évaluation multidimensionnelle des besoins, de planification, de facilitation, de coordination intensive des aides et des soins sur le long terme, d'évaluation et de défense des intérêts d'une personne en situation complexe, dont l'objectif est de répondre à ses besoins.

Guichet intégré : Les informations et l'orientation sont les mêmes quelle que soit la porte d'entrée (ex: MAIA), grâce à des outils d'orientation et d'évaluation communs.

Guichet unique : Il y a une seule porte d'entrée pour l'information et l'orientation.

Pilote : Il est le garant de l'intégration, qu'il promeut et conduit sur le territoire. Il organise la construction des outils de l'intégration et leur mise en œuvre.

Focus 2. Les obstacles à l'intégration

- Non prise en compte du contexte local ;
- Manque de visibilité sur les financements dans le temps ;
- Absence de système d'information partagé ;
- Résistances culturelles professionnelles ;
- Faible dynamique et manque de confiance entre les partenaires ;
- Absence de légitimité du pilote ;
- Refus des professionnels de modifier leur façon de travailler ;
- Manque de communication ;
- Désengagement d'un acteur ;
- Incitatifs non adaptés et incohérents.

Focus 3. Fusion de structures : seulement si voulues par le terrain

Afin de réduire les fragmentations qui caractérisaient le système de santé, les autorités québécoises ont procédé, à partir des années 1970, à une série de fusions, réduisant ainsi le nombre d'institutions publiques de 1000 à 200. Le constat ultérieur a été qu'un certain nombre de ces structures demeurent compartimentées, voire instables et inefficaces, en raison notamment de conflits de valeurs, de méfiance et d'opposition des acteurs. Les fusions ne peuvent contribuer aux soins intégrés que si elles sont voulues par le terrain et qu'elles représentent pour l'ensemble des acteurs impliqués une réponse pertinente aux problèmes d'organisation des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Sinon, elles peuvent entraver la démarche d'intégration. Il est préférable de laisser aux acteurs de terrain la possibilité de choisir le modèle d'intégration organisationnelle le plus en adéquation avec leur contexte spécifique (référence : *Mergers and integrated care: the Quebec experience*. Int J Integr Care 2013; Jan–Mar, URN:NBN:NL:UI:10-1-114229).

Focus 4. Les critères de progression de la dynamique d'intégration

- Réalisation du diagnostic organisationnel territorial par le pilote ;
- Espaces de concertation mis en place à tous les niveaux ;
- Représentation effective pour chaque structure impliquée ;
- Mise en place d'un observatoire des besoins de la population ;
- Lien systématique entre les assistants au parcours et les médecins traitants ;
- Continuité de la prise en charge du patient en l'absence de son médecin traitant ou de l'assistant au parcours référent.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr