

Journée ANFH Océan indien

Jeudi 6 octobre 2016

*Le travail interdisciplinaire
pour optimiser le parcours coordonné du patient*

Aspects organisationnels et sociologiques : décloisonner les acteurs pour une meilleure coordination

Marie-Aline BLOCH, Professeure EHESP
EA7348 Management des organisations de santé
Dept SHS, Maison des sciences sociales du handicap

● MOS
● EA 7348



M.-A. BLOCH
L. HÉNAUT

COORDINATION ET PARCOURS

Coordination et parcours

La dynamique du monde
sanitaire, social
et médico-social

Marie-Aline Bloch
Léonie Hénaut

Préface de Daniel Havis



DUNOD

Janvier 2014

J.-R. LOUBAT J.-P. HARDY
et M.-A. BLOCH



Concevoir des plateformes
de services

Concevoir des plateformes de services

en action sociale et médico-sociale

Préface de Denis Piveteau

DUNOD

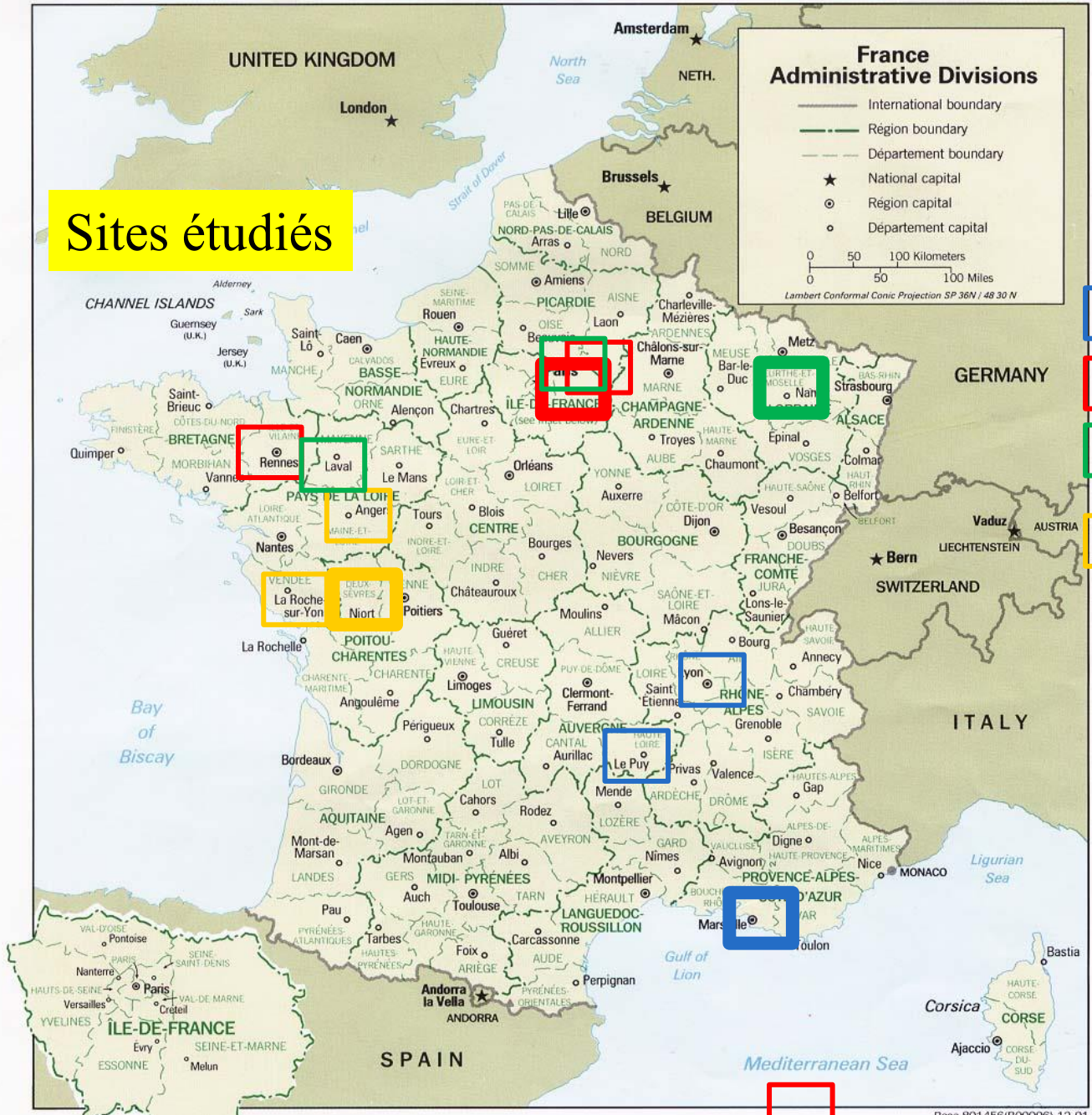
Juillet 2016

Sites étudiés

France Administrative Divisions

- International boundary
- Région boundary
- - - Département boundary
- ★ National capital
- ⊙ Région capital
- Département capital

0 50 100 Kilometers
0 50 100 Miles
Lambert Conformal Conic Projection SP 36N / 48 30 N



- MAIA 2010-2014
- MAIA 2014-2016
- PAERPA MAIA 2016
- CLIC Reseau MAIA 2014 2016

Ile de la Réunion

De nombreuses personnes concernées par les problèmes de coordination ... et en nombre croissant

- Personnes âgées en perte d'autonomie
- Personnes en situation de handicap
- Malades chroniques (cancer, diabète, Parkinson, Bronchopneumopathie chronique Obstructive (BPCO), insuffisance cardiaque, maladie rénale, maladies rares...)
- Mais aussi les femmes enceintes
-
- ↪ En particulier quand les situations sont complexes

Mais qu'arrive-t-il pour des personnes ayant plusieurs conditions chroniques ?

Ex : une personne âgée avec un AVC et un cancer



Sans parler si en plus la personne est isolée,
avec peu de moyens financiers...



Pour répondre aux besoins multiples des personnes âgées en perte d'autonomie

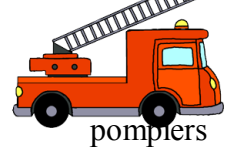
Soins

Accompagnement



Participation sociale

Accessibilité



SAMU

pompiers

Caisses de retraite

Réseaux

Unités Neurovasculaires UNV



Ressources Alz

Hôpital aigu



Bénévoles



SSR



Association malades

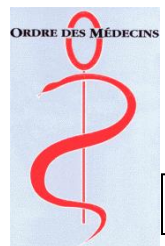
Une multitude de services ont été créés



Inf Libéraux



Mais de manière inégale selon les territoires



Med Libéraux



Aides à dom



Accueil de Jour



Plateforme répit

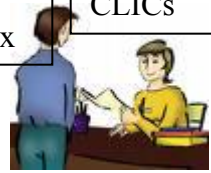


Prof de santé libéraux



CCAS/ Services sociaux

CLICs



SSIAD



HAD



Mairies

MDPH



Le problème déjà ancien à tous les niveaux du système de santé et d'accompagnement

Du côté des personnes et de leur famille : accès aux services, lisibilité, fragmentation de l'offre, redondance de l'évaluation, délais, difficulté d'identification du « bon interlocuteur », aidants épuisés, risque de repli vers solutions « brutales » : hospitalisation/institutionnalisation

Du côté des professionnels et des organisations : difficultés de coopération, ne se connaissent qu'imparfaitement, manque d'outils communs et de culture commune notamment entre le sanitaire et le médico-social, absence de coresponsabilité pour les dysfonctionnements, financement, concurrence,

Du côté des pouvoirs publics : réglementation, arbitrage entre traitement de masse et service personnalisé, absence d'organe de centralisation des politiques communes au long cours, retour en tuyau d'orgue des informations du territoire, absence de visibilité des forces et faiblesses du dispositif, absence d'information sur les besoins de la population (couverts et non couverts par le système)

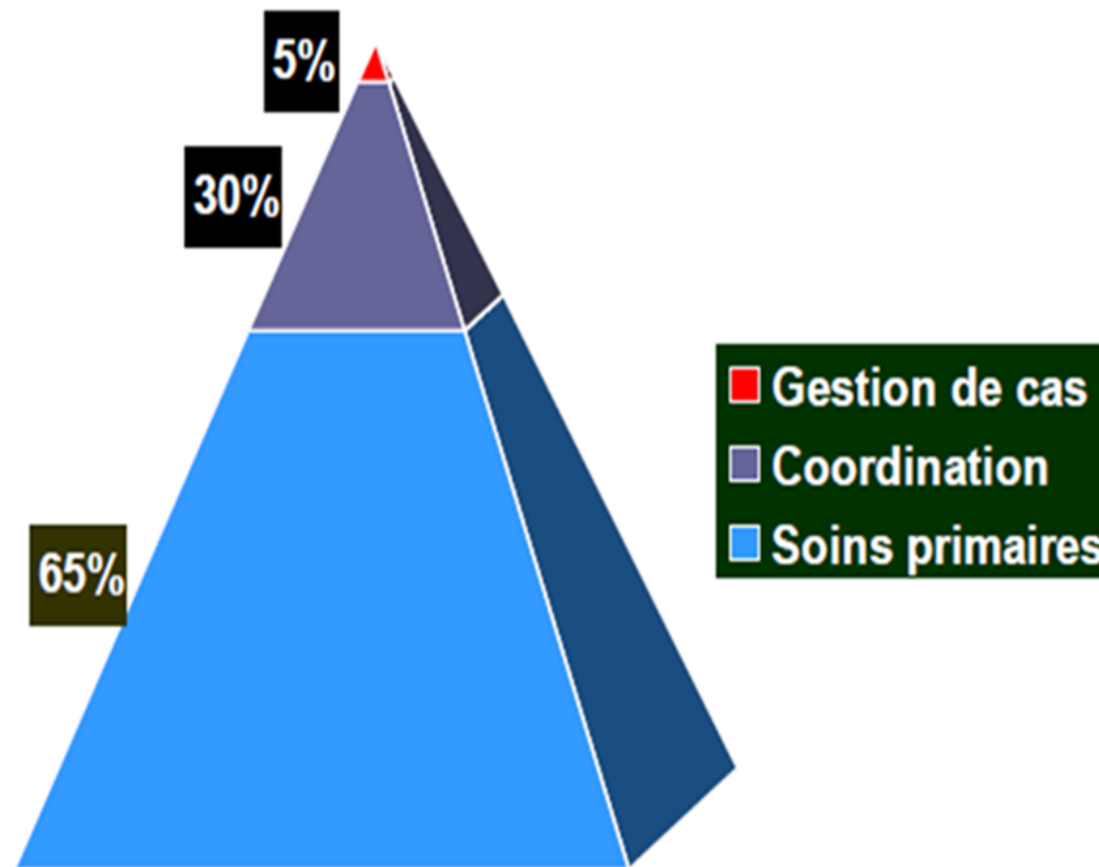
Des opportunités d'innovation

pour proposer des solutions plus efficaces avec la coordination et l'intégration



Une approche populationnelle et pas maladie par maladie

- Population cible : La population d'un territoire donné bénéficie sur l'ensemble de ce territoire du dispositif d'intégration



Pyramide de Kaiser permanente

Qui dit parcours, dit coordination et intégration
quelques éléments de définition

Les 3 niveaux de l'intégration des services

	Liaison	Coordination	Intégration
Activité	Orienter et suivre	Fournir les soins et les aides en cohérence entre services	Piloter les soins et les aides de manière globale
Niveaux : personne, services et financeurs	Un seul	Peut être à un seul niveau ou personne et services	Aux 3 niveaux, vision systémique
Système d'information	Séparé, fournie à la demande	Séparé, Échanges d'information en routine	Unique
Budget	séparé	séparé	unique
Sévérité de la situation	simple à modérée	Simple à modérée	Modérée à complexe

D'après Leutz, 1999

De la coordination aux parcours : un changement de paradigme

- **L'apparition de la notion de parcours dans le cadre de la structuration des soins de premiers recours**
- **Du parcours de soins aux parcours de vie : la promotion d'une nouvelle approche des besoins des personnes**

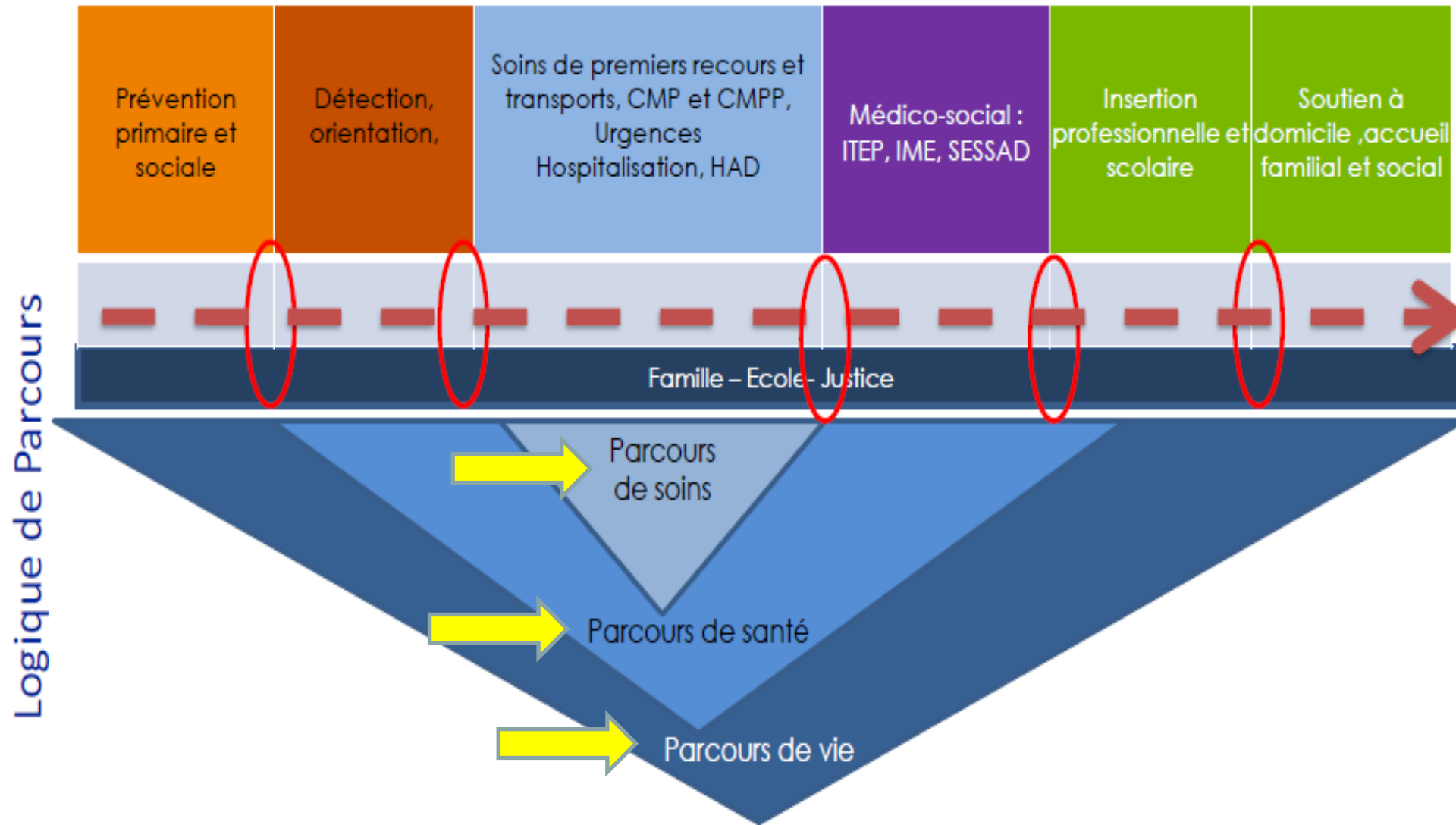


De la coordination aux parcours : un changement de paradigme

- **L'apparition de la notion de parcours dans le cadre de la structuration des soins de premiers recours**
- **Du parcours de soins aux parcours de vie : la promotion d'une nouvelle approche des besoins des personnes**
- **Différents modèles dans le monde anglo-saxon**



La logique de parcours appliquée à la santé mentale des adolescents



Source : ARS Languedoc-Roussillon (2012), « Les parcours de santé — Santé mentale des adolescents » (présentation au séminaire de direction ARS à Paris le 20 septembre 2012) ; figurant dans le rapport CNSA 2012.

Sigles : centre médico-psychologique (CMP), centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP), institut médico-éducatif (IME), service de soins et d'éducation spécialisés (SESSAD).

De la coordination aux parcours : un changement de paradigme

- **L'apparition de la notion de parcours dans le cadre de la structuration des soins de premiers recours**
- **Du parcours de soins aux parcours de vie : la promotion d'une nouvelle approche des besoins des personnes**
- **Différents modèles dans le monde anglo-saxon**
- **« Optimiser les parcours de santé » : un concept polysémique**



Des points de vue différents



➤ *Celui des professionnels et pouvoirs publics :*

- ✓ Formalisation pour plus de qualité et d'équité



➤ *Celui des usagers :*

- ✓ Personnalisation, prise en compte des aspirations de la personne, des habitudes et de la trajectoire de vie

mais complémentaires



	Personnes âgées	Alzheimer	Santé Mentale	Cancer	AVC/ Trauma C.	maladies & handicap rares	Personnes sit. Handicap
<1960				basé à l'hopital			
années 60	↑ politique sociale		création secteur				
années 70							2 Lois
années 80	décentralisation						
années 90	APA/ médical				rapport maj TC		
2000-2008		3 plans				1 plan (maladies)	Loi maj 2005
2008 à 2012		Intégration	2 plans	2 plans		1 plan (handicap)	
	Intégration				1 plan AVC	1 plan (maladies)	
	Stratégie nationale de santé : parcours comme une priorité						
2013 à aujourd'hui			parcours santé mentale	cancer avec parcours	élargist PMND	Intégration	ss solution/ "une Intégration

Loi de modernisation du système de santé : parcours de santé 5^{ème} priorité

Histoire des politiques publiques pour la coordination et l'intégration des services pour PA : Cinq étapes majeures

Début années 1960s: Emergence de coordinations locales en lien avec le développement de politiques sociales pour les PA – focus sur un nouveau “mode de vie”

Fin 1980s-1990s: Après un long processus de décision création d'une allocation dépendance PED/PSD puis APA (pour + de 60) et principe de gestion de cas introduit

A partir de 1990: Médicalisation de la vieillesse et nouvelle gestion publique avec création de dispositifs de coordination avec ou sans l'hôpital

A partir de 2000: ↑ question de la démence avec développement de stratégies d'intégration et de “gestion de cas complexe”

2010 à auj. : Notion de “parcours” devient prééminente et de prévention de fragilité

Histoire des politiques publiques pour la coordination et l'intégration des services pour PA : Cinq étapes majeures

Début années 1960s: Emergence de coordinations locales en lien avec le développement de politiques sociales pour les PA - "mode de vie"

Services sociaux
CLIC

Fin 1980: Fin d'un long processus de création d'une allocation dépendance PED/PA (pour + de 60) et principe de gestion de cas introduit

SSIAD

Équipe
APA

A partir de 1990: Médicalisation de la vieillesse et nouvelle gestion de dispositifs de soins hospitaliers

Réseau de santé géronto
Hospitalisation à domicile
Filières gériatriques

A partir de 2000: Développement de stratégies d'intégration de cas complexes

Equipes Mobiles gériatriques

CMRR et CM
MAIA
Gestion de cas complexes

2010 à aujourd'hui : Notion de "PAERPA" devient prééminente et de prévention de fragilité

PAERPA

Histoire des politiques publiques pour la coordination et l'intégration des services pour PA

Services sociaux
CLIC
SSIAD

Équipe
APA

Réseau de santé géronto
Hospitalisation à domicile
Filières gériatriques
Equipes Mobiles gériatriques

CMRR et CM
MAIA
Gestion de cas complexes

PAERPA



Mais trop de coordination tue la coordination



↳ d'où le besoin d'intégration



Un nouveau mode d'experimentation : Le prototype avec le PAERPA

Services sociaux

CLIC

SSIAD

Équipe APA

Réseau de santé géronto

Hospitalisation à domicile

Filières gériatriques

Equipes Mobiles gériatriques

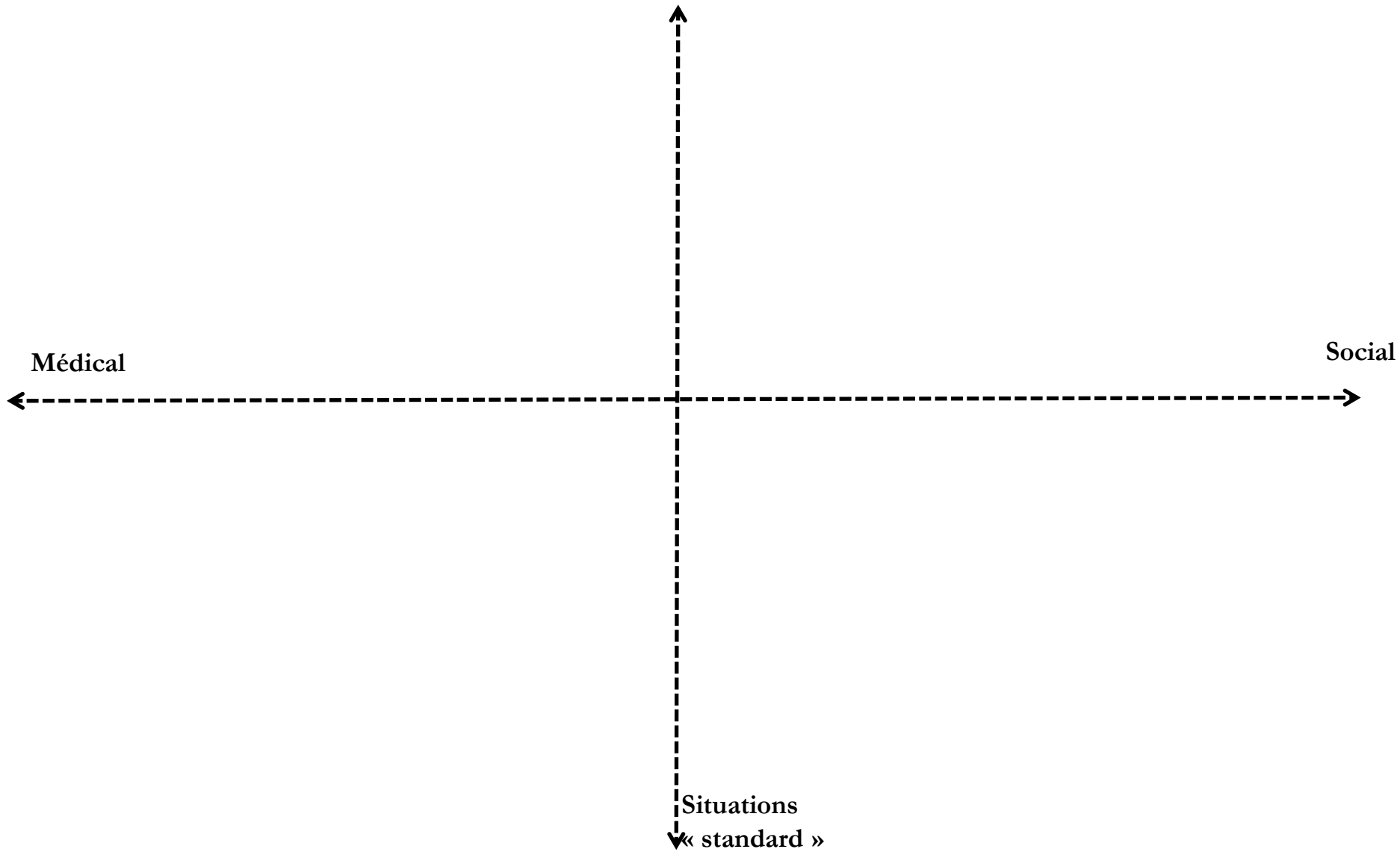
CMRR et CM

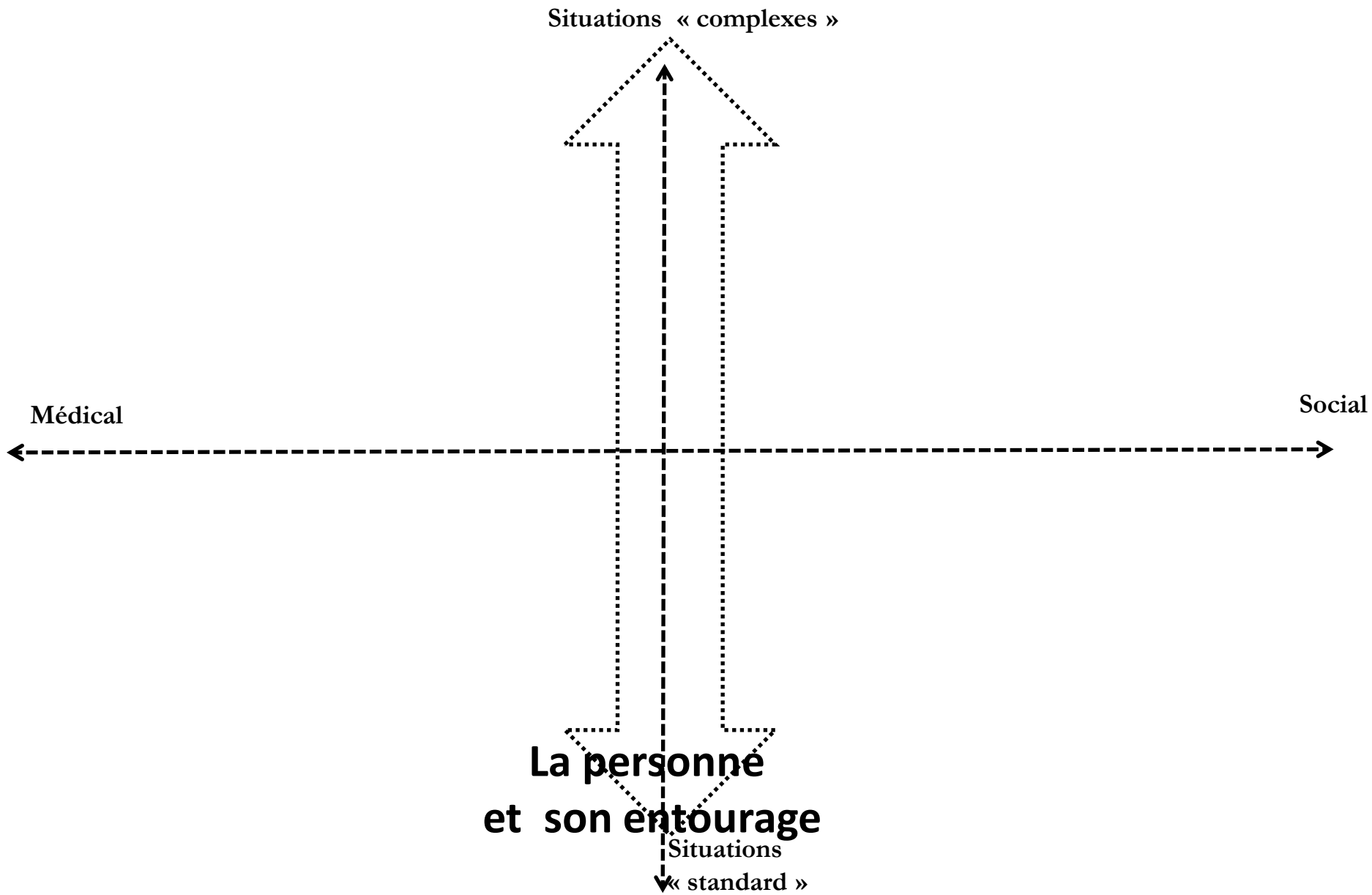
MAIA

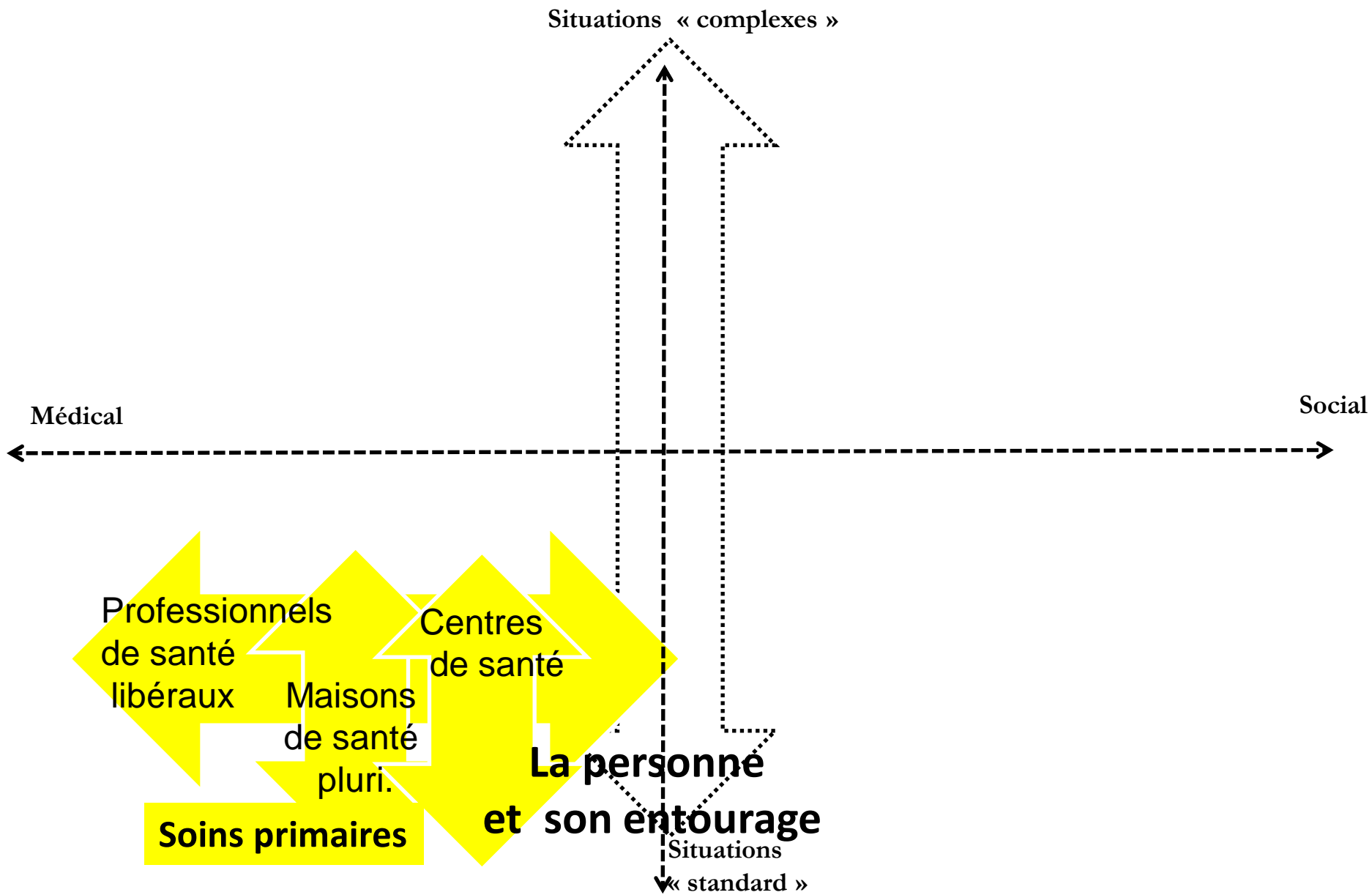
Gestion de cas complexes

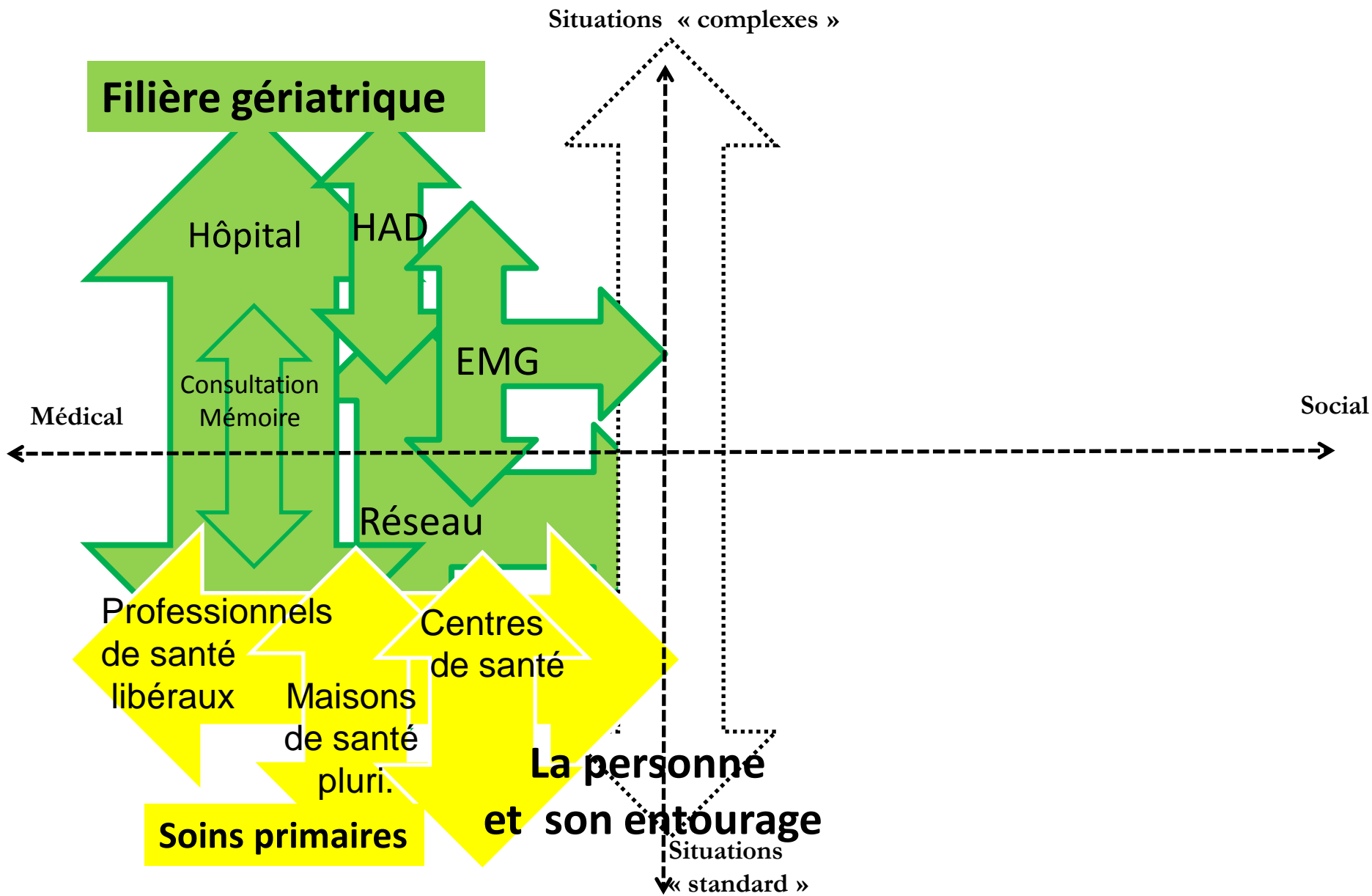


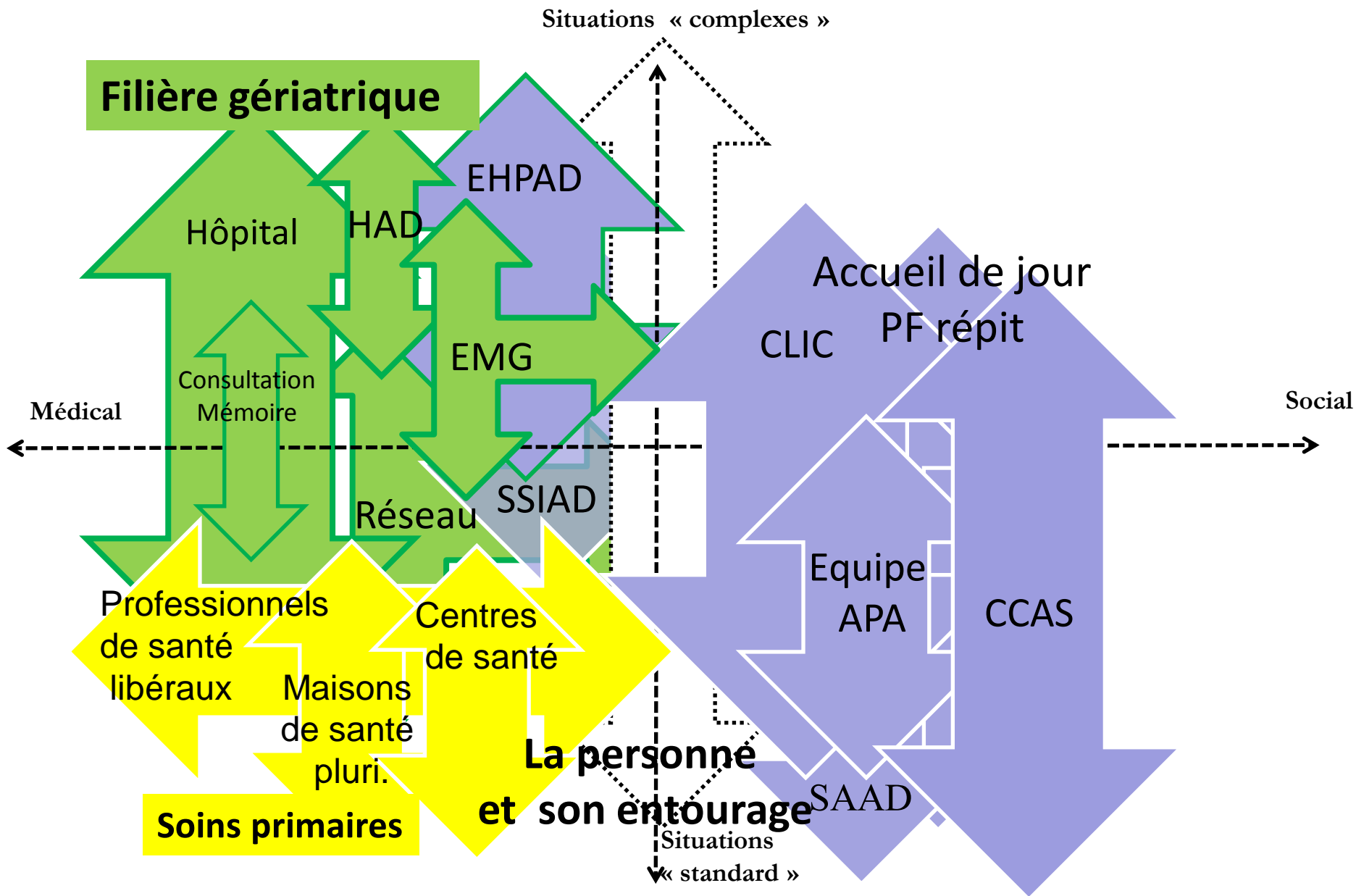
Situations « complexes »

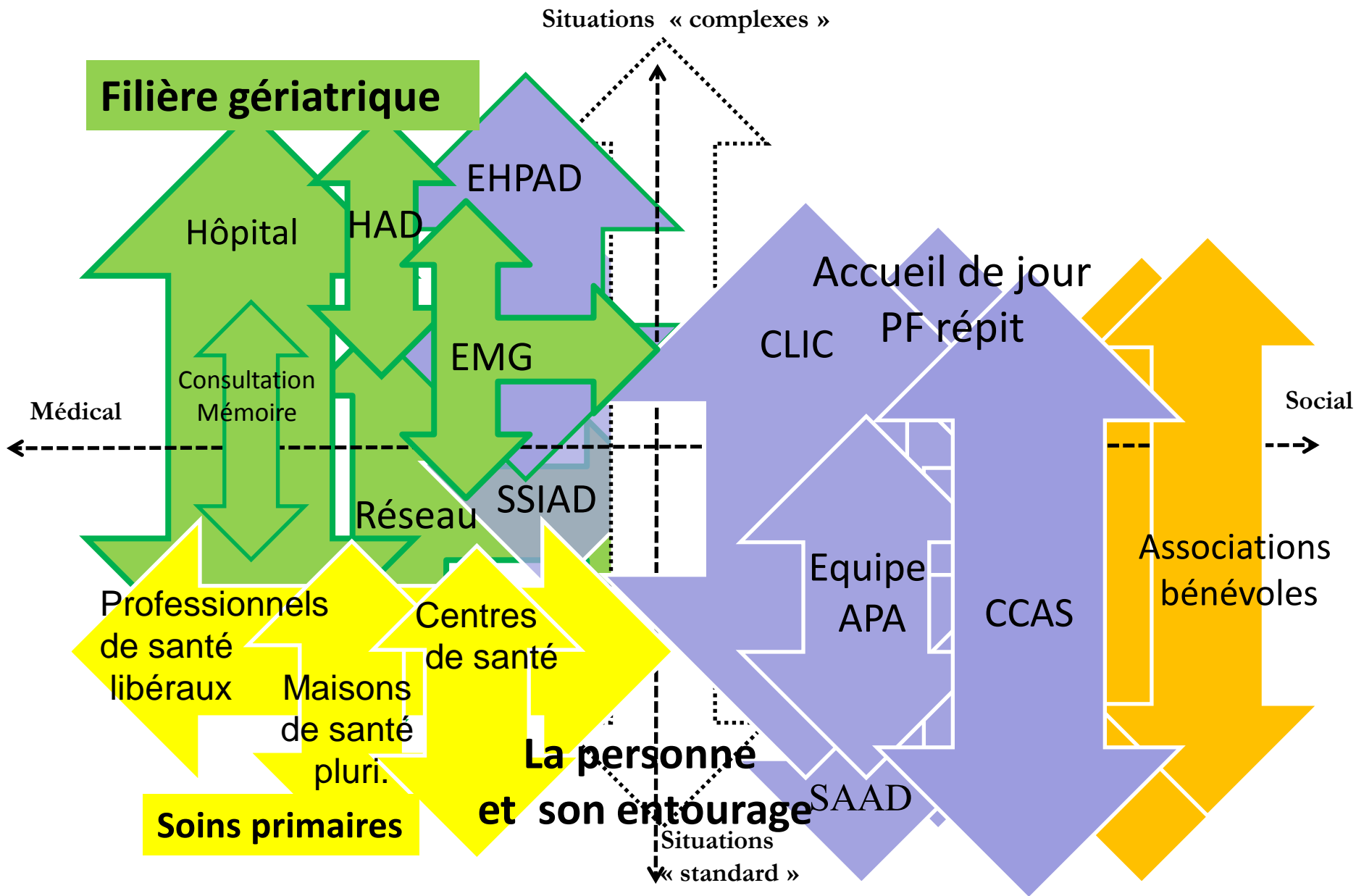








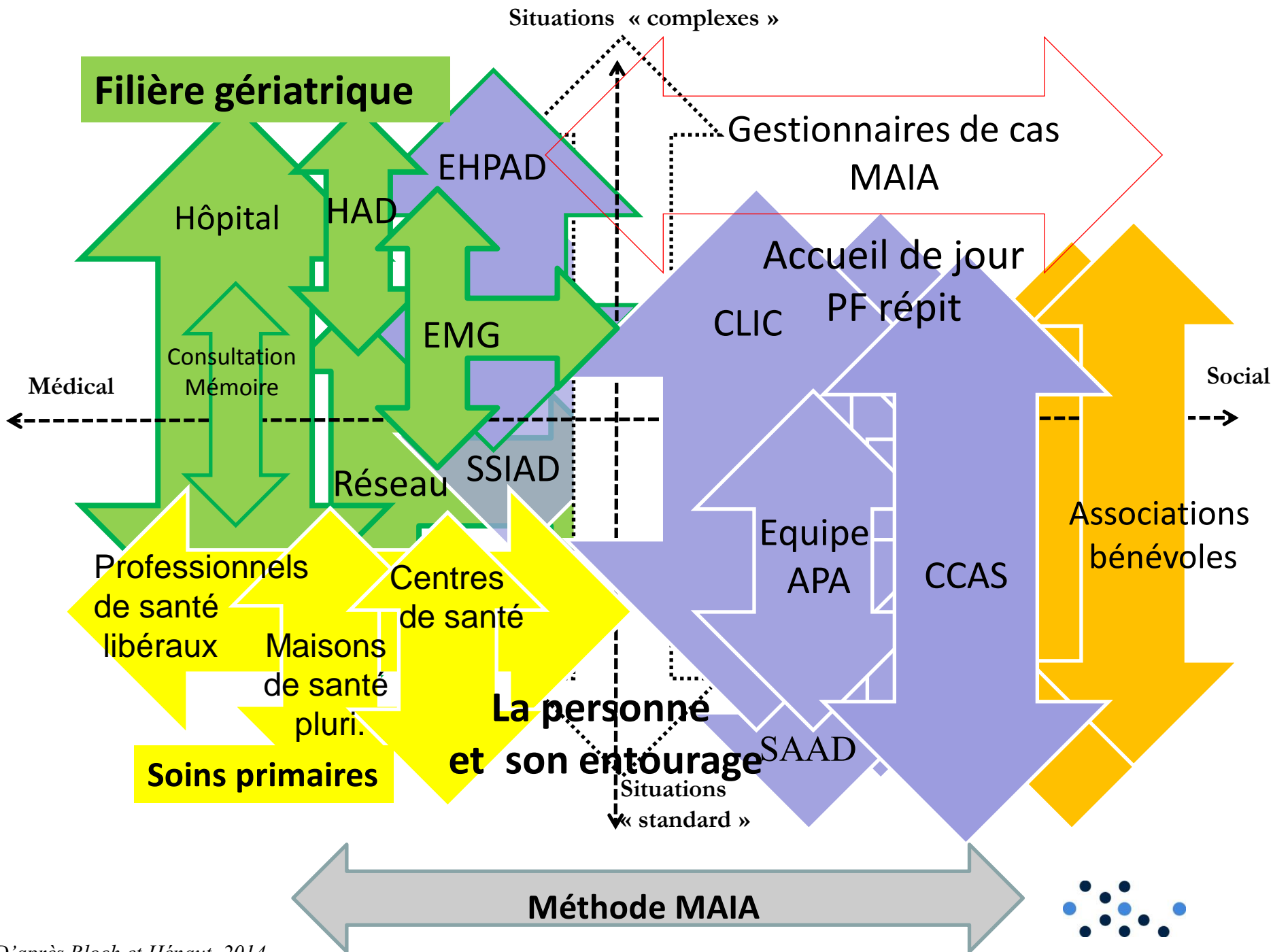




La MAIA et son pilote (ou chef d'orchestre)

- Faciliter le recensement de l'offre de service, la prise de conscience des possibilités et des limites de chaque structure et de leur complémentarité ;
- Aider à la mise en place d'un processus commun de filtrage et d'orientation des personnes vers les différents services en fonction de leur besoin ;
- Faire remonter à qui de droit les besoins non couverts pour faire évoluer l'offre de service ;
- Aider au calibrage entre les soins fournis par le secteur sanitaire, par le secteur médico-social et/ou social et par les familles.
- Etre le point de rattachement des gestionnaires de cas complexes, les accompagner et favoriser le travail en équipe et les échanges de bonne pratique





Un nouveau mode d'experimentation : Le prototype avec le PAERPA

Services sociaux

CLIC

SSIAD

Équipe APA

Réseau de santé géronto

Hospitalisation à domicile

Filières gériatriques

Equipes Mobiles gériatriques

CMRR et CM

MAIA

Gestion de cas complexes

PAERPA



Promu par la Stratégie Nationale de Santé



STRATÉGIE
NATIONALE
DE SANTÉ



Parcours Santé
des aînés DES ACTEURS COORDONNÉS POUR
UNE AUTONOMIE PRÉSERVÉE

Paerpo

*De l'expérimentation au
prototype*

des outils dédiés et dérogations

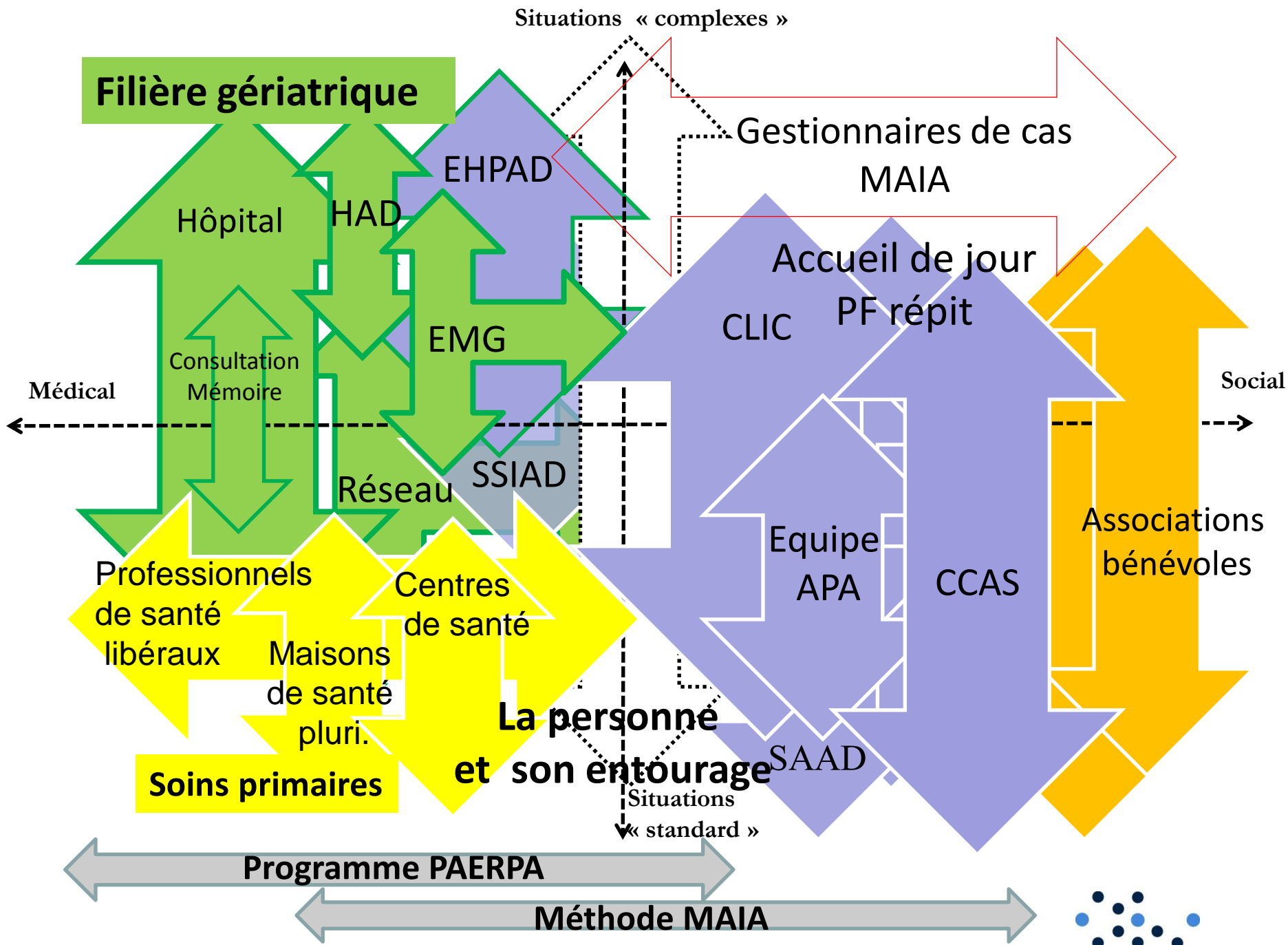
- **Des outils disponibles pour tous :**
 - documents de partage d'information communs PPS/ DLU /VSM
 - des outils du système d'information :annuaire des ressources et messagerie sécurisée
- **Mise en place de plusieurs niveaux de coordination distincts :**
 - la coordination clinique de proximité (**CCP**)
 - la coordination territoriale d'appui (**CTA**)
 - la mobilisation des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, et des acteurs du soins, les professionnels du secteur social et de la coordination
- **Dérogations réglementaires :**
 - Partage d'information entre acteurs du sanitaire et du social (ASIP – messagerie sécurisée)

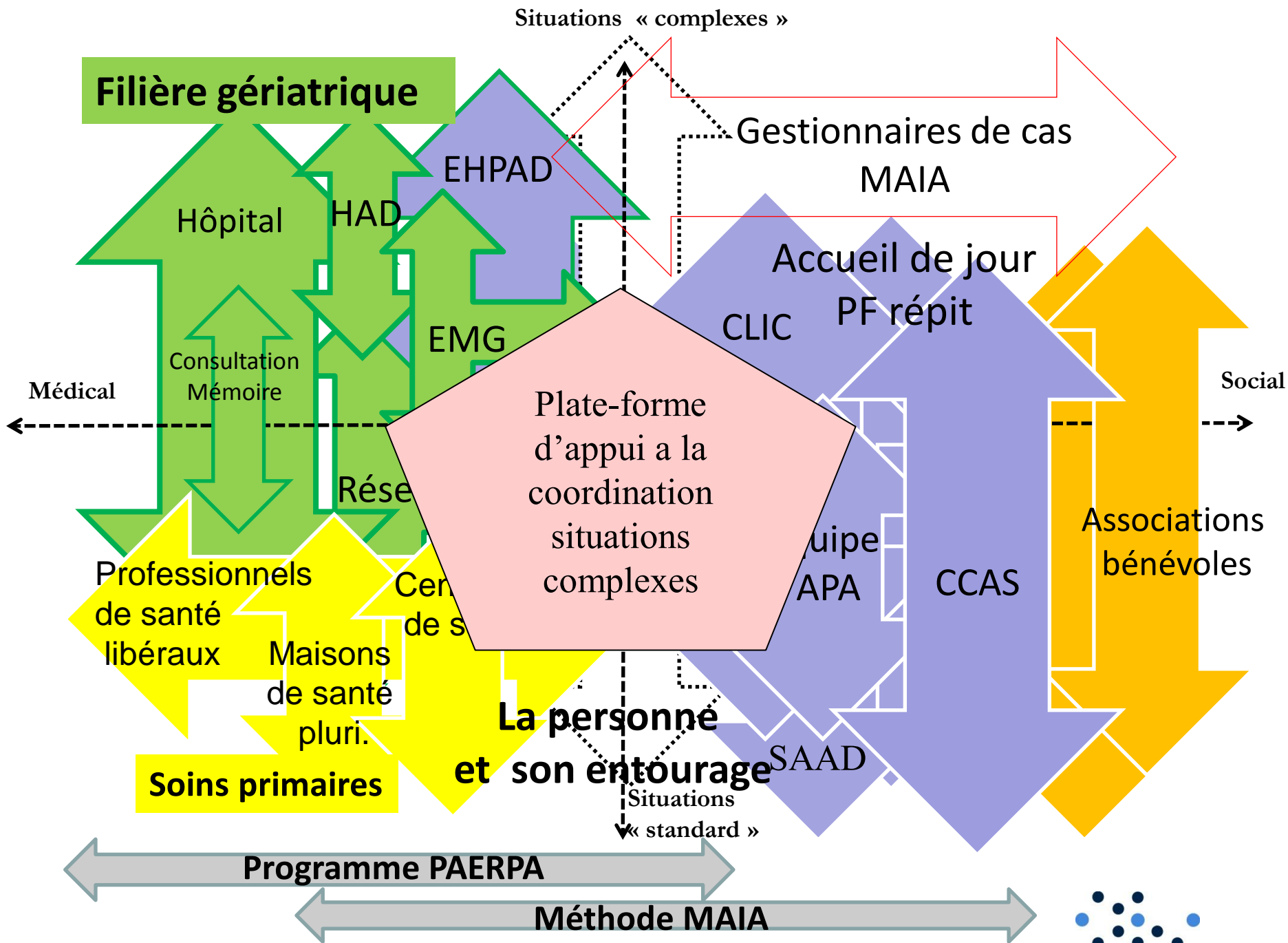
+ dispositifs supplémentaires (telemedecine, HT en sortie d'hospit.,...)

Financement avec FIR dédié

Le sort des PAERPA est lié à celui des MAIA







La mise en œuvre des parcours au niveau régional et local : *Qui dit démarche parcours, dit :*

Une démarche projet

- Gouvernance territoriale
- Diagnostic territorial
- Systèmes d'information partagé
 - ✓ outil d'évaluation multidimensionnelle,
 - ✓ plan personnalisé de santé,
 - ✓ suivi de la situation et feedbacks
- Financement mutualisé
- Travail en équipe multi-professionnelle
- Formation pluri-professionnelle (« *The soft part is the hard part* »)
- Participation des usagers



Une conduite du changement (pratiques et organisations)

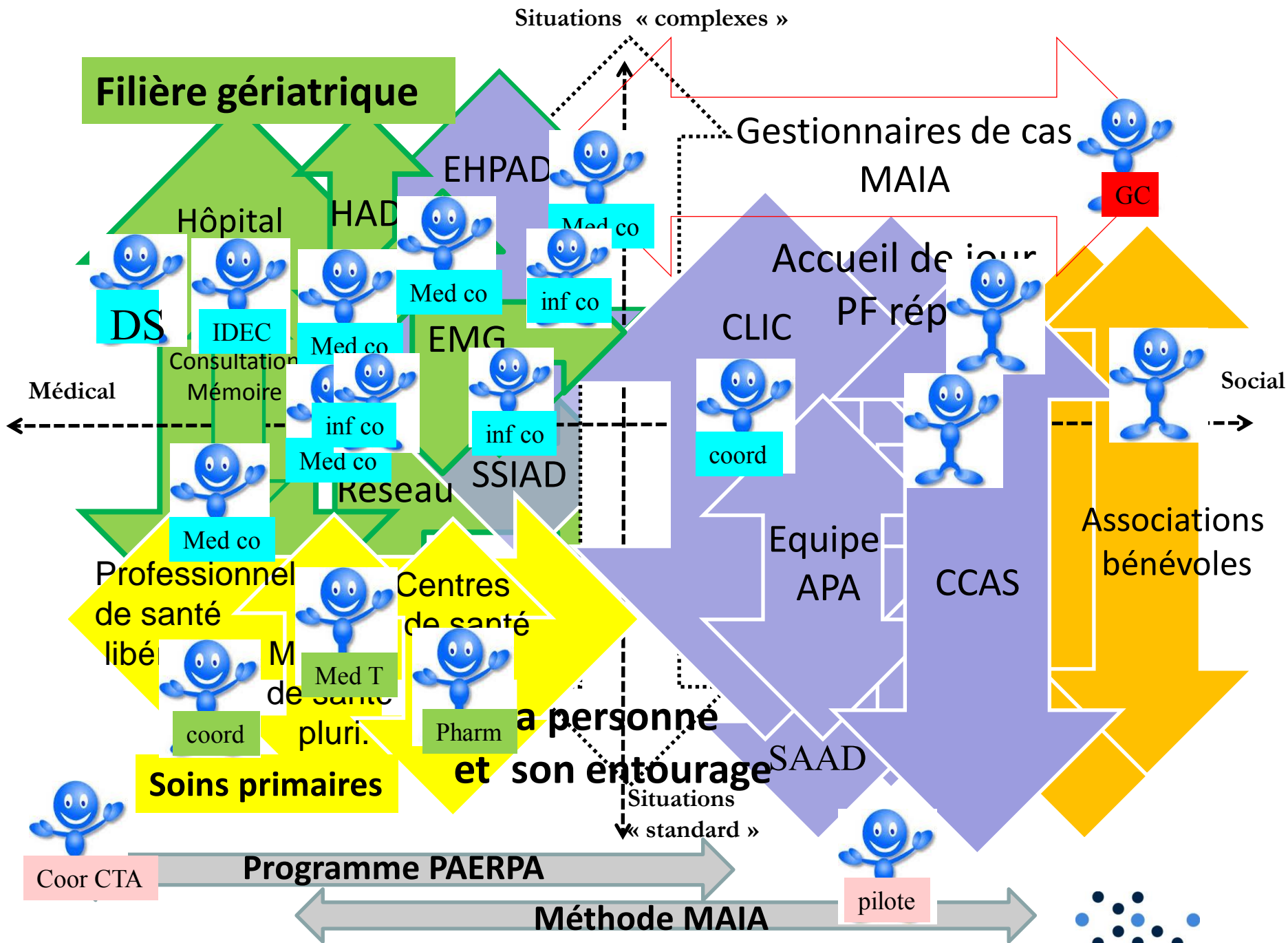
Qui dit démarche parcours, dit (suite) : *évolution des organisations* *(ARS et ES/ESMS)*

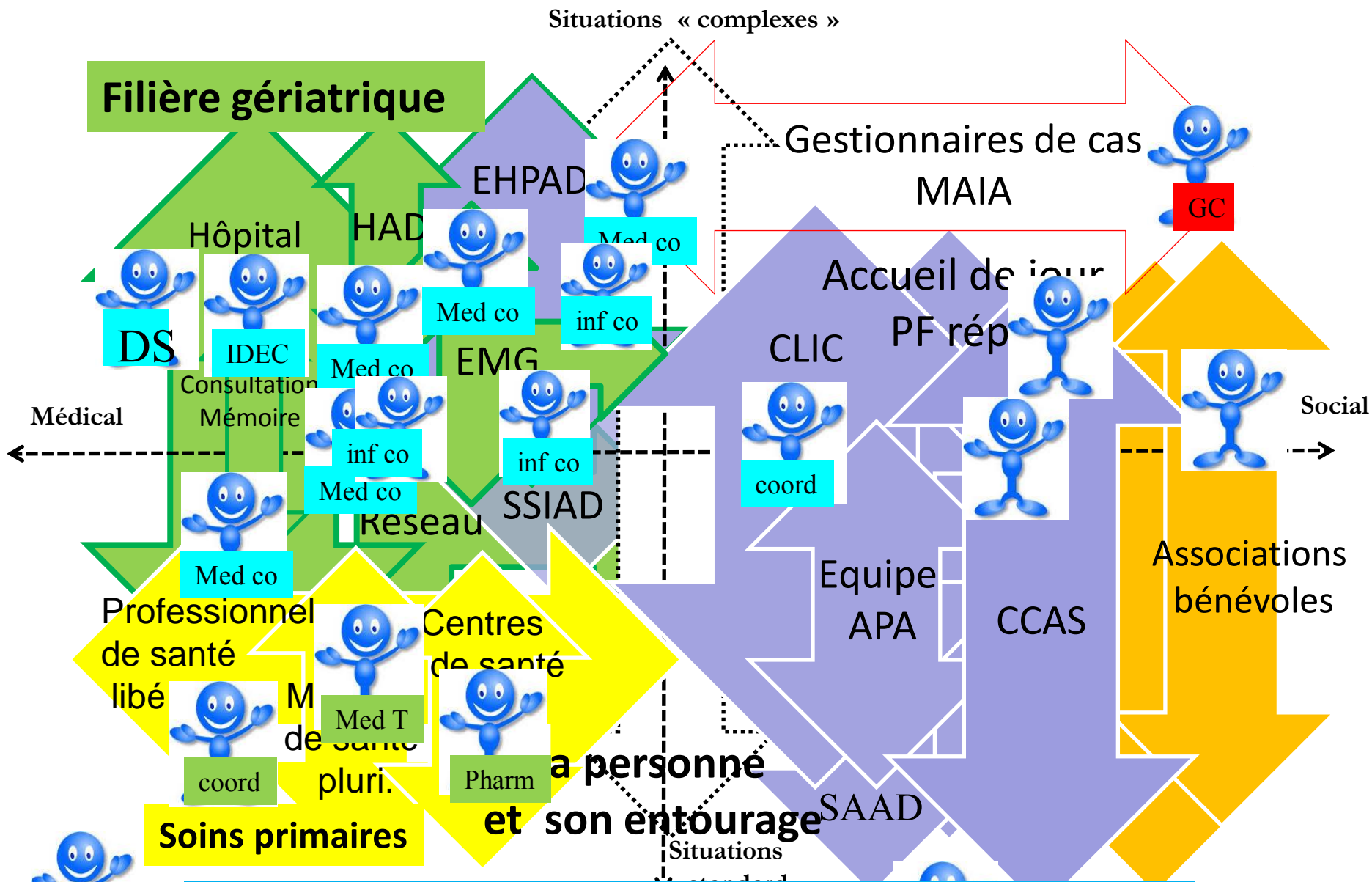
Développer une approche transversale au sein des Agences régionales de santé :

- Entre les différentes directions métier (offre de santé, offre médico-sociale, soins primaires,...)
- Entre le siège et les délégations territoriales

Rendre l'offre de service plus souple et adaptable aux besoins multiformes des personnes âgées :

- Notion de plateforme de service : ex EHPAD hors les murs
- Notion de structures intermédiaires (intermediary care units)





Les acteurs de la coordination/ intégration et de l'innovation

De nouvelles professionnalités
Voire de nouveaux métiers ?

Les professionnels de la coordination (et du parcours)

Champ d'activité	Type de coordonnateur	Exemples étudiés
Coordonnateur de parcours	Médecin généraliste	—
	Gestionnaire de cas	Gestionnaire de cas MAIA, technicien d'insertion AFM, coursier sanitaire et social
	Coordonnateur spécialisé	Infirmière coordinatrice en EHPAD, SSIAD, HAD, réseau, EMG
Coordonnateur d'innovations	Coordonnateur spécialisé	Coordonnateur de réseau, CMRR, CLIC Coordonnateur d'équipe pluridisciplinaire de MDPH,

Les professionnels de la coordination (et du parcours)

Champ d'activité	Type de coordonnateur	Exemples étudiés								
Coordonnateur de parcours	Médecin généraliste	<p>A pyramid diagram illustrating the distribution of coordination roles. The pyramid is divided into three horizontal sections: a small top section (5%), a middle section (30%), and a large bottom section (65%). A legend on the right identifies the colors: red for 'Gestion de cas', purple for 'Coordination', and blue for 'Soins primaires'. Three arrows originate from a vertical black bar: a red arrow points from 'Gestionnaire de cas' to the 5% section, a purple arrow points from 'Coordonnateur spécialisé' to the 30% section, and a blue arrow points from 'Médecin généraliste' to the 65% section.</p> <table border="1"><thead><tr><th>Rôle</th><th>Pourcentage</th></tr></thead><tbody><tr><td>Gestion de cas</td><td>5%</td></tr><tr><td>Coordination</td><td>30%</td></tr><tr><td>Soins primaires</td><td>65%</td></tr></tbody></table>	Rôle	Pourcentage	Gestion de cas	5%	Coordination	30%	Soins primaires	65%
	Rôle		Pourcentage							
Gestion de cas	5%									
Coordination	30%									
Soins primaires	65%									
Gestionnaire de cas										
Coordonnateur d'innovations	Coordonnateur spécialisé									

Les professionnels de la coordination (et du parcours)

Champ d'activité	Type de coordonnateur	Exemples étudiés
Coordonnateur de parcours	Médecin généraliste	—
	Gestionnaire de cas	Gestionnaire de cas MAIA, technicien d'insertion AFM, coursier sanitaire et social
		Infirmière coordinatrice en EHPAD, SSIAD, HAD, réseau, EMG
Coordonnateur d'innovations	Coordonnateur spécialisé	Coordonnateur de réseau, CMRR, CLIC Coordonnateur d'équipe pluridisciplinaire de MDPH,
	Relais-traducteur	Référent Alzheimer en ARS
	Entrepreneur de réforme	pilote de MAIA, (coord MDPH) Animateur de filière AVC
	Champion organisationnel	Directeur des soins à l'hôpital

Tronc commun de connaissances et compétences des coordonnateurs d'innovation


- ✓ Savoir faire fonctionner des Méta-réseaux
- ✓ Connaissances (territoire, les acteurs du sanitaire, médico-social et du social, les caractéristiques des populations concernées)
- ✓ Savoir-faire : pilotage de projet, communication, négociation, conduite du changement, organisation de « l'apprenance »
- ✓ Savoir-être/posture : innovateurs, facilitateurs, écoute, valorisation de l'expertise des uns et des autres, esprit de synthèse
- ✓ *Savoir mobiliser un réseau de pratique et d'échange*




Binômes ou système d'acteurs



Champ d'activité	Type de coordonnateur	Exemples étudiés
Coordonnateur de parcours	Médecin généraliste Et une infirmière (MSP)	—
	Gestionnaire de cas (en équipe et avec pilote)	Gestionnaire de cas MAIA, technicien d'insertion AFM, coursier sanitaire et social
Coordonnateur d'innovations		

Champ d'activité	Type de coordonnateur	Exemples étudiés
Coordonnateur de parcours	Médecin généraliste Et une infirmière (MSP)	—
	Gestionnaire de cas (en équipe)	Gestionnaire de cas MAIA, technicien d'insertion AFM, coursier sanitaire et social
	Coordonnateur spécialisé	Infirmière coordinatrice en EHPAD, SSIAD, HAD, réseau, EMG  Coordonnateur de réseau, CMRR, CLIC, medecin co de l'EHPAD (et Directeur) Coordonnateur d'équipe pluridisciplinaire de MDPH, et le directeur de la MDPH
Coordonnateur d'innovations		

Champ d'activité	Type de coordonnateur	Exemples étudiés
Coordonnateur de parcours	Médecin généraliste Et une infirmière (MSP)	—
	Gestionnaire de cas (en équipe)	Gestionnaire de cas MAIA, technicien d'insertion AFM, coursier sanitaire et social
	Coordonnateur spécialisé	 Infirmière coordinatrice en EHPAD, SSIAD, HAD, réseau, EMG Coordonnateur de réseau, CMRR, CLIC, medecin co de l'EHPAD (et Directeur)
Relais-traducteur		
Coordonnateur d'innovations	Entrepreneur de réforme	
	Champion organisationnel	Directeur des soins à l'hôpital et le DG et/ou le President de la CME

Equipe projet nationale MAIA

2

L'INTÉGRATION

Mise en place d'un nouveau modèle d'organisation et mise en synergie des ressources et acteurs des champs sanitaire, social et médico-social



Une ARS

Identifie les besoins d'intégration des services et lance un appel à candidatures

Un pilote MAIA

Chef d'orchestre, il impulse la démarche et assure l'articulation entre tous les acteurs

confie...

Un porteur de projet

CG, CLIC, CIAS, hôpitaux, établissements de santé, réseaux de santé...

recrute avec le conseil général et l'ARS...

Un système d'acteurs

anime et fait le lien entre

Medecin traitant/soins primaires



Concertation stratégique
Espace collaboratif et décisionnel entre décideurs et financeurs

Concertation tactique
Espace collaboratif et décisionnel entre les producteurs d'aides et de soins

S'assure d'une réponse harmonisée et unique aux demandes des PA à tout endroit du territoire

Professionnel dédié à la coordination de l'ensemble des actions nécessaires au maintien à domicile des personnes âgées en situation complexe

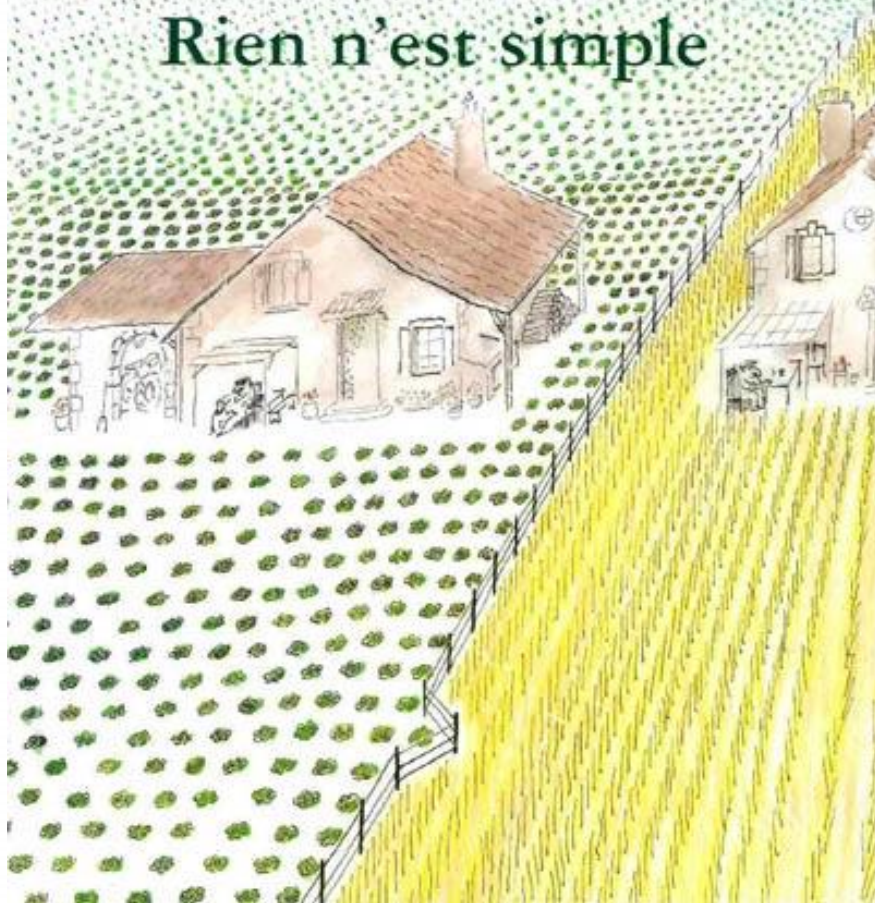
structurés par...

des outils communs

Accueil, orientation et observation des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus

Sempé

Rien n'est simple



*A votre disposition pour
répondre à vos questions*

Sempé

TOUT
SE
COMPLIQUE

