

ARTICLE ORIGINAL

Prisma France* : programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas[☆]**Prisma France: Implementation program of an innovation in health and services system for disabled people. Adaptation of a case-management based integration model**

D. Somme^{a,*}, H. Trouvé^a, Y. Couturier^b, S. Carrier^b, D. Gagnon^b, B. Lavallart^c, R. Hébert^d, C. Cretin^c, O. Saint-Jean^a

^a Service de gériatrie, hôpital européen Georges-Pompidou, 20–40, rue Leblanc, 75908 Paris cedex 15, France

^b Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

^c Direction générale de la santé, ministère de la Santé et des Solidarités, Paris, France

^d Faculté de médecine et des sciences de la santé, université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

Reçu le 9 mai 2007 ; accepté le 15 novembre 2007

Disponible sur Internet le 21 février 2008

Abstract

Background.- The French health and services system to maintain at home is characterized by its fragmentation, whereas the need of the people for intervention is generally total. This fragmentation have consequences: delay in services delivery, inadequate transmission of information, redundant evaluation, service conditioned by the entrance point solicited rather than by the need of the person and inappropriate use of expensive resources by ignorance or difficulty of access to the less expensive resources.

Presentation of the innovation.- The purpose of integration is to improve continuity of interventions for people in loss of autonomy. It consists in setting up a whole of organisational, managerial and clinical common tools. Organisational model "Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie" (Prisma) tested in Quebec showed a strong impact on the prevention of the loss of autonomy in term of public health on a population level. This model rests on six principal elements: partnership, single entry point, case-management, a multidimensional standardized tool for evaluation, an individualized services plan and a system for information transmission.

Contextual analysis.- Thus, it was decided to try to implement in France this organisational model. The project is entitled Prisma France and is presented here. The analysis of the context of implementation of the innovation which represents integration in the field of health and services for frail older reveals obstacles (in particular because of diversity of professional concerned and a presentiment of complexity of the implementation of the model) and favourable conditions (in particular the great tension towards change in this field).

[☆] L'étude Prisma France est financée par le ministère de la Santé et des Solidarités (Direction générale de la santé), par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et par le régime social des indépendants.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dominique.somme@egp.aphp.fr (D. Somme).

Conclusion.- The current conditions in France appear mainly favourable to the implementation of integration. The establishment of Prisma model in France requires a partnership work of definition of a common language as well on the diagnoses as on the solutions. The strategic and operational dialogue is thus a key element of the construction of integration. This stage currently occurs in parallel in three areas contrasted in France. The results of associated qualitative research should make it possible to define the factors fostering or hindering the realization of integration according to each site (analyzes contrasted) and in all the sites (related to the particular context of care and French services as a whole). © 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Résumé

Position du problème.- Le dispositif français de maintien à domicile se caractérise par sa fragmentation alors que le besoin d'intervention des personnes est le plus souvent global. Cette fragmentation pose problèmes : délai d'obtention des services, transmission inadéquate d'informations, évaluations redondantes, prestation conditionnée par le point d'entrée sollicité plutôt que par le besoin de la personne et utilisation inappropriée de ressources coûteuses par méconnaissance ou difficulté d'accès aux ressources moins coûteuses.

Présentation de l'innovation.- 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. Le modèle « Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie » (Prisma) expérimenté au Québec a montré un impact fort sur la prévention de la perte d'autonomie en termes de santé publique au niveau populationnel. Ce modèle repose sur l'implantation de six outils et mécanismes : la concertation, le guichet unique, la gestion de cas (case-management), le choix d'un outil d'évaluation multidimensionnel standardisé valide, le plan de services individualisé et un système de partage d'information.

Analyse contextuelle.- Un projet d'expérimentation d'implantation de ce modèle organisationnel a été lancé en France. L'article présente l'ensemble du projet, intitulé Prisma France. Dans une problématique portant sur les conditions d'implantation de l'innovation que représente l'intégration, dans le domaine des soins et services aux personnes âgées, l'analyse de contexte réalisée semble faire apparaître des obstacles (notamment du fait de la diversité des intervenants concernés et de la complexité pressentie d'implantation du modèle) et des conditions favorables (notamment en rapport avec une grande tension vers le changement).

Conclusion.- Les conditions actuelles en France paraissent en grande partie favorables à l'implantation de l'intégration. L'implantation du modèle Prisma en France nécessite un travail partenarial de définition d'un langage commun tant sur les diagnostics que sur les solutions. La concertation stratégique et opérationnelle est ainsi un élément clef de la construction de l'intégration. Cette étape se produit actuellement en parallèle dans trois régions contrastées en France. Les résultats de la recherche qualitative associée au projet devraient permettre de définir les facteurs favorisant ou entravant la réalisation de l'intégration selon chaque site (analyse contrastée) et dans tous les sites (liés au contexte particulier de soins et de services français dans son ensemble).

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Keywords: Integration; Case management; Innovation; Frail older

Mots clés : Intégration ; Gestion de cas ; Innovation ; Personnes âgées fragiles

I. CONTEXTE

I.1. Complexité de l'offre de service en France

Les systèmes de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie en France vivent une croissance importante de leur activité. Cela résulte de l'évolution démographique et des dispositifs réglementaires récents (notamment l'Allocation personnalisée à l'autonomie [APA]) ayant entraîné une meilleure capacité des personnes cibles à contribuer aux coûts des services. De façon parallèle, la multiplicité des types d'aide s'accroît, entraînant parfois des situations de coordination complexes. Ainsi, en moyenne, les bénéficiaires de service à domicile reçoivent des soins ou de l'aide de la part de trois intervenants, informels ou professionnels et 25 % des plus dépendants d'entre eux perçoivent de l'aide de six intervenants ou plus [1]. De plus, les parcours des personnes âgées les plus dépendantes sont caractérisés par des épisodes successifs de soins en institutions hospitalières en alternance avec des

épisodes de soins à domicile. Par ailleurs, l'augmentation constante du nombre de bénéficiaires de l'APA (+ 7 % par an depuis 2003) plus importante que celle de l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus (+ 3 % en 2005) [2] se répercute sur le nombre de cas moyen traités par les équipes médicosociales (ou plus souvent l'assistante sociale seule) en charge des dossiers d'APA et donc sur leur capacité à faire un suivi attentif des situations les plus difficiles de maintien à domicile.

Outre ces données démographiques et épidémiologiques, le domaine du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est caractérisé par une difficulté sémantique, à savoir l'absence de définition précise du champ de compétence des aides sociales et sanitaires, comme l'a mis en exergue la Cour des comptes [3]. Ce défaut de définition est illustré notamment par des confusions relatives aux périmètres territoriaux d'intervention : les dispositifs réglementaires sont essentiellement pilotés directement au niveau départemental, tandis que l'aide est le plus souvent délivrée localement, par des

prestataires du secteur associatif. En atteste également, un cloisonnement entre les prestataires principalement sanitaires (du type service de soins infirmiers à domicile) et ceux principalement du secteur social ou médicosocial. Ce manque de délimitation des champs de compétence et d'intervention des acteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux, entraîne une multiplicité des acteurs, répondant potentiellement à des logiques plurielles de droit d'accès aux services. En raison de la fragmentation des procédures de régulation de l'offre de service, chaque acteur se trouve en position de coordination partielle, ce qui a pour conséquence la réalisation d'évaluations multiples répondant à une pluralité de parcours clinicoadministratifs. L'éclatement du système de prise en charge est renforcé par le fait qu'aucun outil d'évaluation standardisé des besoins n'a fait l'objet d'un large consensus et n'a pu s'imposer.

Plusieurs dispositifs ont été mis en œuvre au cours des 20 dernières années en France pour tenter de répondre au manque de coordination, parmi lesquels : les centres locaux d'information et de coordination (Clic) et les réseaux de soins gérontologiques. Les Clic et les réseaux de soins ont permis des avancées notables de la coordination des soins et des services aux personnes âgées en perte d'autonomie via des mécanismes de communication permettant une identification plus exhaustive du continuum de services sociosanitaires, facilitant ainsi l'accès à l'information et donc à la prestation. Cependant, les domaines d'intervention des Clic et des réseaux de soins gérontologiques restent cloisonnés, principalement sociaux pour les premiers, principalement sanitaires pour les seconds et surtout indépendants des équipes médicosociales chargées de l'APA. De plus, il n'existe pas de liens systématiques avec l'ensemble des autres acteurs, dont les médecins traitants, les hôpitaux et les services d'hospitalisation à domicile. Ces deux dispositifs sont certes porteurs d'un important potentiel de coordination, mais ils rencontrent un certain nombre de contraintes, parmi lesquelles on compte la faiblesse de leurs ressources, le fait que l'un et l'autre ne couvrent pas toujours le même territoire (ce qui entrave une approche territorialisée forte), l'absence d'outils d'évaluation commun et l'absence de système d'information partageable. Mais plus fondamentalement, cette difficulté découle du fait que, si tous les acteurs institutionnels reconnaissent la valeur ajoutée de la présence de ces deux dispositifs, cette reconnaissance n'a pas permis l'attribution d'une prérogative spécifiée, voire unique, en matière de coordination des soins et services d'aide à domicile.

1.2. L'intégration, la coordination et la continuité

L'intégration des services articule différentes dimensions de la coordination et peut se réaliser suivant diverses modalités. Elle a pour objectif premier une meilleure continuité des services autour de la personne âgée en perte d'autonomie, elle-même composante de la qualité des services [4]. Dans cette perspective, des modèles d'intégration des services et des soins ont été développés pour améliorer la continuité, l'efficacité et l'efficience des services, particulièrement pour les populations âgées et/ou handicapées. Kodner et Kyriacou définissent l'intégration comme « un ensemble de techniques et de

modèles d'organisation conçus pour la transmission d'information, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement et de soins, les prestataires de services et de soins et les secteurs administratifs ou financeurs » [5]. Selon Leutz, il existe trois niveaux d'intégration : la liaison, la coordination et la pleine intégration [6].

La liaison correspond au niveau le plus faible de l'intégration. Les organisations définissent des protocoles de transferts de compétence ou de collaboration pour répondre aux besoins des personnes. Toutes les organisations demeurent indépendantes sur le plan opérationnel et dans leur relation à leur hiérarchie ou tutelle. Ce niveau d'intégration est illustré en France par le système mis en place à travers les Clic. Alors qu'il peut exister des modèles de liaison systématique (établissement de protocoles interinstitutionnels prescrivant des procédures de liaison ou système de requêtes automatisé, par exemple), le système des Clic constitue le plus souvent une modalité non systématique de liaison. Les fonctions premières des Clic sont d'ailleurs d'informer la population et les professionnels quant aux services offerts et d'animer des activités de promotion d'une meilleure coordination auprès des divers acteurs institutionnels.

À l'autre extrémité, le niveau le plus élevé d'intégration est dit modèle d'intégration complète. Il s'agit d'un modèle niché, dans le sens où une organisation fournit à ses usagers le continuum de services dont ils auront besoin, en contractant éventuellement certains de ceux-ci avec des prestataires extérieurs. Ce modèle est illustré par le projet On-lok en Californie qui fut répliqué, par la suite, au niveau de plusieurs états des États-Unis dans le programme PACE [7]. Ce modèle d'intégration niché a également inspiré le projet SIPA au Québec [8,9]. D'autres expérimentations s'en rapprochent comme l'organisation des soins intégrés en Italie (Rovereto) [10] et au Royaume-Uni (Darlington) [11]. En France, ce modèle est fréquemment utilisé comme référence par les réseaux de soins gérontologiques soutenus, jusqu'en 2007, par les dotations régionales de développement des réseaux, même si, à notre connaissance, aucun réseau ne semble atteindre ce niveau d'organisation dans les faits.

Dans le cas de la coordination, les différentes structures parties prenantes mettent en place des mécanismes pour trouver des solutions aux problèmes de discontinuité intra et inter organisations. Le travail commun mené par les structures partenaires vise la mutualisation de certaines de leurs compétences et prérogatives respectives, déplaçant de la sorte les frontières des différents champs d'action sanitaires et sociaux et entraînant de profondes modifications des parcours cliniques. Trouver la solution adéquate aux besoins de chaque personne de la population ciblée est de la responsabilité de l'ensemble des partenaires. Pour la personne âgée, son représentant est le gestionnaire de cas dont le rôle est central. Le gestionnaire de cas a pour mandat, par-delà les logiques institutionnelles particulières, de veiller à ce que la personne âgée ait les services requis au niveau clinique et ce, peu importe leur provenance. Le système intégré est ici véritablement imbriqué au système des soins et services d'un territoire et donc, le modifie de façon durable. Ce type de modèle peut être,

dans un certain nombre de dimensions, rapproché de certaines Social and Health Maintenance Organisation (S/HMO) aux États-Unis, notamment celles de grande taille et desservant un grand territoire (tels que Kaiser Permanente). Bien que plus proches par nature du modèle d'intégration complète, l'importance relative de ces grosses S/HMO (en termes de moyens humains, matériels et financiers) dans le système de services et d'aide leur permet de s'approcher du modèle de coordination. L'efficacité de l'organisation Kaiser Permanente se compare favorablement à celle du système de soins national du Royaume-Uni (NHS) générant par exemple une utilisation 3,5 fois moindre des lits d'aigus pour 11 pathologies fréquentes tels que l'AVC ou l'insuffisance respiratoire, du fait du recours rapide à des ressources alternatives par les gestionnaires de cas [12]. La qualité des soins mesurée par une meilleure adhésion aux standards acceptés est également améliorée : le taux de patients coronariens recevant des bêtabloquants passe de 44 à 76 % en six ans (1996–2002), celui des patients en insuffisance cardiaque recevant un inhibiteur de l'enzyme de conversion augmente de 14 %, l'utilisation de corticoïdes inhalés chez les patients asthmatiques, augmente de 13 %, le contrôle de la PA chez les patients coronariens augmente de 10 %, etc. [13]. Sur cette même période de six ans, une diminution de certaines consommations de soins notamment en urgence a été enregistrée (– 15 % pour les visites aux urgences des patients atteints de maladie coronaires, – 11 % pour ceux atteints d'insuffisance cardiaque, – 18 % pour ceux atteints de diabète, – 25 % pour ceux atteints d'asthme) [13]. Néanmoins, à la lecture des rapports concernant les expériences de coordination, il est souvent difficile de connaître précisément les facteurs de ces expériences explicatifs (ou causals) de ces impacts de santé publique. C'est pourquoi, le projet Prisma au Québec a cherché à modéliser les éléments d'un « modèle d'intégration de type coordination » avant d'en évaluer l'implantation et l'impact de façon quasi expérimentale [14].

1.3. Prisma : évaluation d'un modèle innovant d'intégration des soins et des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie basé sur la gestion de cas

Prisma a permis l'analyse de l'implantation et de l'impact de l'expérience la plus typique d'un modèle de co-ordination selon la définition de Leutz [6]. Selon ce modèle, l'intégration se réalise lorsque sont mis en place les mécanismes et les outils d'intégration suivants [14] :

- la concertation des décideurs et des gestionnaires au niveau régional, local et clinique ;
- le processus de gestion de cas ;
- le point d'accès unique ;
- l'utilisation d'un outil d'évaluation standardisé avec un système de classification ;
- l'utilisation de plans de services individualisés ;
- l'utilisation d'un dossier clinique informatisé ou partageable.

Ces outils et mécanismes d'intégration sont envisagés comme point de repère du système d'intégration. Leur mise en

œuvre opérationnelle est variable, adaptée aux configurations territoriales afin d'en assurer l'implantation réelle. Cette flexibilité des modalités pratiques d'application des outils et mécanismes d'intégration susmentionnés permet au modèle de s'implanter dans différents contextes de soins et de services [15].

Une première expérimentation relative à ce modèle de coordination a été menée à la fin des années 1990 dans une région de Mauricie-Centre du Québec appelée « Bois-Francs ». Dans cette étude, deux cohortes de sujets dans les zones d'étude ($n = 272$) et de comparaison ($n = 210$) ont été suivies et évaluées annuellement pendant trois ans [16]. Les résultats tant concernant les personnes [17] que sur le système de santé et des services aux personnes âgées [18] ont été jugés extrêmement favorables.

Fort de cette expérimentation et après modélisation du système de coordination, le groupe Prisma¹ a mis en place une étude de réplcation et d'impact de ce modèle. Pour mesurer l'implantation, des méthodes qualitatives ont été utilisées en pratiquant une triangulation des données (corpus d'entretiens individuels, focus groups, analyses documentaires et observations participatives). Ces données qualitatives ont été résumées et opérationnalisées dans un score attribuant un nombre de points prédéfinis à chacune des six composantes du modèle. Le total étant sur 100, le score correspond au « taux d'implantation » du modèle [19]. Il a ainsi été montré que le modèle est reproductible dès lors que le taux d'implantation dépassait 70 %. L'impact a été mesuré par une étude de cohorte contrôlée. Le modèle de coordination Prisma était proposé dans trois zones expérimentales. On a choisi par ailleurs trois zones de comparaison ayant une structure sociosanitaire comparable (population, urbanisme et distance à l'hôpital notamment) où le modèle n'était pas présenté. Dans chaque zone, un échantillon aléatoire de personnes a été sélectionné sur la liste de la régie de l'assurance maladie du Québec. Après une présélection par questionnaire postal des personnes âgées les plus fragiles et acceptation de leur part, une évaluation était réalisée au domicile de la personne, le suivi était effectué par téléphone tous les deux mois et en personne tous les 12 mois. Le critère principal de jugement est un critère combiné : déclin fonctionnel, décès ou institutionnalisation [14]. Sur ce critère, les analyses ont montré une réduction de 7 % de la perte d'autonomie en faveur du groupe expérimental avec un effet seuil autour de 70 % d'implantation du modèle ($p = 0,03$). D'autres résultats ont été également mesurés dès le début de l'implantation, c'est-à-dire sans effet seuil : le recours aux

¹ Prisma est une équipe multidisciplinaire où chercheurs et gestionnaires du ministère et des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux collaborent aux prises de décisions scientifiques et stratégiques. Prisma a été financé par la fondation canadienne de recherche sur les services de santé en partenariat avec le fonds de la recherche en santé du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et 5 agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Estrie, Laval, Mauricie-Centre du Québec, Montérégie et Québec).

urgences (probabilité d'une visite aux urgences/an 45 % stable, $p = 0,35$ pour l'évolution) et aux hospitalisations (probabilité d'une hospitalisation dans l'année 30 % stable, $p = 0,7$ pour l'évolution) restait stable dans les zones expérimentales, alors qu'il augmentait de façon significative au cours du temps dans les zones témoins (de 30 à 50 % pour la probabilité d'une visite aux urgences, $p < 0,001$ et de 28 à 32 % pour la probabilité d'hospitalisation, $p = 0,03$).

Les individus des zones expérimentales ont ressenti une augmentation significative de leur niveau de satisfaction par rapport aux soins et services de santé (vis-à-vis des prestations, $p < 0,001$; de l'organisation, $p < 0,001$ et globalement, $p < 0,001$). L'autonomisation des personnes (niveau de contrôle et implication) augmentait également en faveur des zones expérimentales ($p < 0,001$) [20].

2. IMPLANTER L'INNOVATION EN FRANCE : ADAPTATION DU MODÈLE D'INTÉGRATION PRISMA

Les résultats probants de l'implantation du modèle Prisma et le caractère flexible de sa mise en œuvre pratique ont rendu possible un projet expérimental d'implantation en France sur trois zones géographiques, ci-dessous appelées « sites expérimentaux » et correspondant environ à la notion réglementaire française d'un « bassin de vie ». Tous les mécanismes et outils d'intégration du modèle doivent être adaptés au contexte de soins et d'aide particulier français et, comme cela a été le cas au Québec, adaptés de façon plus fine encore au contexte local (des informations détaillées sont disponibles sur le site Internet suivant : www.longuevieetautonomie.com).

Ce projet expérimental, qui a débuté en janvier 2006, a été rendu possible grâce à la concertation d'un certain nombre d'acteurs du plus haut niveau décisionnel. Cette concertation a réuni les instances centralisées de l'État (ministère), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les principales caisses d'assurance maladie et la mutualité française, soient une grande partie des bailleurs de fonds des services de maintien à domicile. Aboutissant à une appropriation des principes et mécanismes d'intégration, cette concertation a porté sur les conditions de pérennité, parmi lesquelles la nécessaire adaptation du modèle aux contextes locaux.

2.1. La concertation des acteurs : mise en œuvre de procédures partenariales

La concertation renvoie à l'existence de partenariats entre les acteurs:

- stratèges et financeurs (au niveau national et départemental) ;
- « opérationnels » correspondant à un niveau gestionnaire tactique (local) ;
- prestataires de services et de soins (présents autour de la personne au plan clinique).

Les mécanismes de concertation, notamment par des réunions et des prises de décisions collectives visent à définir

conjointement les modalités organisationnelles et financières de la mise en œuvre du système d'intégration.

En France, le niveau de responsabilité politique et financière en matière de services aux personnes en perte d'autonomie est le département. Les conseils généraux mettant en place leur politique de services aux personnes âgées en perte d'autonomie avec différents acteurs opérationnels, ces acteurs doivent eux aussi y être associés. La mise en œuvre à ce niveau d'un partenariat stratégique sur chaque site expérimental est une condition opératoire d'implantation. Cette condition, nécessaire mais non suffisante pour la réussite de l'implantation du modèle, se comprend par les fonctions du partenariat stratégique, à savoir :

- définir une politique globale de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie au niveau du territoire ;
- définir les modalités de partenariats entre les structures et les acteurs et préciser le processus d'évolution de ces modalités ;
- définir les mécanismes de financement des gestionnaires de cas ;
- donner une légitimité territoriale à l'action des gestionnaires de cas ;
- suivre le développement des actions des gestionnaires de cas et identifier les points bloquants et les besoins en services.

Sur chaque site expérimental, les acteurs doivent, eux aussi, disposer d'une structure de partenariat afin de réaliser, au niveau local, les orientations prises au niveau stratégique et, inversement, afin que le niveau stratégique ait des informations provenant de façon globale du partenariat opérationnel et non seulement les informations fragmentaires des services sous la tutelle de chaque décideur. Le partenariat à ce niveau vise à :

- définir les modalités et les moyens de fonctionnement du système de soins et de services intégrés ;
- mettre en œuvre le guichet unique d'accès à la gestion de cas, les critères précis d'admission et éventuellement de clôture de la gestion de cas ;
- identifier les personnes pouvant être gestionnaires de cas ;
- définir les procédures de partage d'information ;
- donner une légitimité locale d'intervention aux gestionnaires de cas.

2.2. Le processus de gestion de cas

Plus encore que des mécanismes organisationnels, la cohérence entre les soins des différents intervenants sanitaires et leur articulation avec les acteurs sociaux, d'une part, la continuité des soins et services délivrés, d'autre, part, ont une dimension relationnelle importante [21]. C'est la raison pour laquelle la Cour des comptes [3] propose la promotion d'un système de correspondant unique de la personne pour la coordination des soins et des services. C'est ce même constat de la nécessité de mettre en relation les personnes fragiles avec une seule personne responsable de l'organisation de leur plan de soins et d'aides qui est à l'origine du concept de gestion de cas.

Le gestionnaire de cas est le correspondant unique des intervenants pour la coordination des soins et des services, aussi bien pour les champs d'action sociale que sanitaire. Pour toute personne relevant de la gestion de cas, le gestionnaire de cas :

- réalise à domicile une évaluation des besoins sanitaires et sociaux de la personne pour confirmer ou infirmer le recours à la gestion de cas et définir le plan d'aide ;
- assure le rôle de personne ressource coordinatrice ;
- planifie les services nécessaires ;
- fait les démarches pour l'admission de la personne à ces services ;
- assure un suivi de la réalisation des services planifiés ;
- organise le soutien et coordonne les différents intervenants impliqués ;
- assure une révision périodique du plan de services individualisé.

Pour réaliser ces tâches, la pertinence de limiter le nombre de dossiers traités en gestion de cas a été démontré [22]. Des précédentes études menées, il ressort en effet que le nombre optimal est de 40 cas actifs maximum par gestionnaires de cas [19]. Il s'agit donc d'un niveau intensif d'intervention. Les gestionnaires de cas, dans le modèle Prisma tel qu'implanté au Québec, étaient issus des différentes structures sanitaires et sociales [14]. Il s'agissait de personnes ayant des compétences initiales aussi bien sociales que sanitaires. Le candidat devenait gestionnaire de cas à l'issue d'une formation spécifique, mais sa culture professionnelle d'origine enrichissait ainsi l'équipe de gestion de cas de son savoir-faire dans une perspective d'inter-, voire de transprofessionnalité [23]. En France, ce champ professionnel est nouveau et semble pouvoir correspondre à des travailleurs sociaux ou à des infirmiers coordonnateurs. Quel que soit leur formation initiale, une formation complémentaire est nécessaire.

2.3. Le point d'accès unique

Le point d'accès unique est défini comme le lieu de convergence des demandes d'accès à la gestion de cas. Il s'agit d'un levier important de la mise en œuvre du modèle, notamment en raison de sa visibilité pour les personnes âgées, elles-mêmes, et leur entourage qui n'ont plus à chercher eux-mêmes à de multiples points d'accès les services que leur situation requiert. Pour les mêmes raisons, ce point d'accès unique peut faciliter également la tâche de nombreux professionnels. La mise en œuvre de ce point d'accès est un enjeu d'équité dans la mesure où toutes les demandes sont traitées selon les mêmes procédures. L'accueil et l'information complètent les missions de ce point d'accès unique que la personne soit éligible à la gestion de cas ou non. L'efficacité de ce point d'accès sous-entend la centralisation des demandes, la coordination de l'accès, l'actualisation de la connaissance de l'offre de soins et services ainsi qu'un système d'évaluation commun et standard des besoins. En France, un renforcement des Clic pourrait éventuellement permettre d'instituer un tel guichet unique.

2.4. L'utilisation d'un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé avec un système de classification

L'utilisation d'un outil d'évaluation standardisé permet un diagnostic partagé et compréhensible pour les différents intervenants de la perte d'autonomie. Le système de classification en découlant doit aider les intervenants à développer un langage commun. L'outil réglementaire d'évaluation de la perte d'autonomie en France est la grille Autonomie gérontologique, Groupes iso-ressources (AGGIR). À partir de cette grille, une classification permet d'ordonner les personnes selon six profils de perte d'autonomie et de consommation de ressources significativement proches : les Groupes iso-ressources (GIR). L'inspection générale des affaires sociales (Igas) préconise d'enrichir cet outil d'évaluation par combinaison et/ou superposition d'autres outils [24]. Quel que soit l'outil plus complet d'analyse, qui doit être développé, il est nécessaire :

- qu'il produise l'information du GIR ;
- qu'il ait déjà subi une procédure de validation, une évaluation de sa reproductibilité et qu'il soit adapté aux personnes en perte d'autonomie cognitive ;
- qu'il dépasse la seule sphère des actes essentiels de la vie ;
- qu'il existe des règles précises d'utilisation de l'outil pour produire une planification individualisée.

Il paraît utile, également, qu'il puisse donner une information de classification plus élaborée que le groupage GIR.

2.5. L'utilisation d'un plan de services individualisé

À la suite de l'évaluation multidimensionnelle de la situation, la tâche du gestionnaire de cas consiste à élaborer un plan de services individualisés (PSI), en partenariat avec la personne concernée, ainsi qu'avec les professionnels médicosociaux et non professionnels (famille, ami, voisin, etc.), quelle que soit leur localisation dans l'offre de services. Ainsi, le PSI a pour objectif de faire un portrait des besoins de la personne, que ceux-ci puissent effectivement être couverts par les acteurs sociosanitaires professionnels ou non. Le PSI, une fois écrit, fait l'objet d'un monitoring de sa mise en œuvre et d'une actualisation régulière en fonction de l'évolution des besoins et de l'offre de services. Il permet une analyse des écarts éventuels entre les besoins de la personne et les services actuellement offerts. À chaque réévaluation des besoins, le PSI est révisé. Le PSI apparaît pour le gestionnaire de cas comme le tableau de bord, évolutif, des services et des besoins dans un point de vue essentiellement clinique. Au plan institutionnel, il permet le monitoring de la performance de l'organisation de services à rencontrer les besoins de la clientèle desservie [18,25]. Ce plan correspond au plan d'aide tel que défini réglementairement par la loi sur l'APA, mais ne se limite pas à l'utilisation financière de l'allocation APA, ce qui est trop souvent le cas du plan d'aide.

2.6. L'utilisation d'un système d'information partageable

L'évaluation, comme le PSI, ne peut être un outil d'intégration clinique que dans la mesure où les différents intervenants cliniques peuvent y avoir accès. Cela souligne l'importance, pour parvenir à l'intégration, de disposer d'un système d'information partageable. Durant le programme québécois Prisma, l'utilisation d'un dossier clinique partagé a été un facteur de réussite de la mise en œuvre des réseaux intégrés des soins et services. En France, les pouvoirs publics travaillent actuellement à la création d'un dossier unique (Dossier médical personnel [DMP]), pour lequel un volet médicosocial sera probablement nécessaire. Dans l'attente de la finalisation de ce dossier unique, l'intégration nécessite de définir des procédures de partage d'information. Toutes les procédures doivent faire l'objet de présentation et d'adoption aux différents niveaux de concertation.

3. L'INNOVATION EN FRANCE : ANALYSE DES CONDITIONS DE L'IMPLANTATION

Selon le modèle théorique développé récemment à partir d'une analyse systématique des écrits scientifiques [26], il est possible de repérer schématiquement les facteurs favorables, ou défavorables à l'implantation d'une telle innovation (voir Tableaux 1 à 3). Le Tableau 1 analyse les facteurs qui dépendent des caractéristiques propres de l'innovation. Ils sont souvent mis en exergue pourtant, ils ne sont généralement pas totalement stables durant l'intégralité du processus d'implanta-

tion. Ainsi, l'identification des déterminants d'adoption, voire d'assimilation de l'innovation à ce niveau, n'est pas aisée [26].

Les critères dépendants des utilisateurs potentiels et du contexte lui-même, sont souvent surdéterminants. En effet, il apparaît réducteur de considérer que les utilisateurs potentiels soient passifs dans le processus d'adoption d'une innovation. Au contraire, ils étudient l'innovation, l'essayent, l'évaluent, y trouvent du sens (ou échouent à y trouver du sens), gagnent de l'expérience et la modifient. Souvent, ils recherchent le dialogue avec les autres utilisateurs. Relativement à ces dimensions, le Tableau 2 met en exergue la façon dont l'implantation de l'innovation est rendue complexe par la diversité des cultures professionnelles et des expériences antérieures des acteurs. La flexibilité du modèle, facteur favorable à l'implantation en raison de l'adaptabilité ainsi offerte, est également déstabilisante pour les acteurs dans la mesure où un travail de réingénierie leur est demandé. En effet, dans le système français marqué par une fragmentation importante, la stricte conformité aux processus décisionnels de chaque organisation semble capitale. Enfin, le Tableau 3 recense l'analyse des facteurs dépendants du contexte organisationnel. À ce niveau, les influences variées qui peuvent s'exercer sur le processus d'implantation de l'innovation se répartissent sur un axe allant de la diffusion (dans laquelle les professionnels s'approprient l'innovation, principalement par un processus horizontal, souvent informel, entre pairs), à la dissémination (où l'implantation de l'innovation est planifiée, formalisée et produite par des mécanismes centralisés et souvent hiérarchiques). Actuellement, le contexte organisationnel se caractérise par une tension vers le changement : au

Tableau 1

Analyse des facteurs influençant la probabilité a priori de l'implantation de l'innovation que représente le modèle d'intégration Prisma dans le système de soins et de services français en fonction des caractéristiques de cette innovation

Caractéristiques de l'innovation	Favorable à l'implantation	Objet d'enjeu	Défavorable à l'implantation
Avantage pour les utilisateurs	Existence de preuves scientifiques de l'impact en matière de qualité et d'efficacité du modèle		Perceptions diverses en rapport avec la perception de l'homophilie
Compatibilité avec les normes organisationnelles et professionnelles			Diversité des normes
Complexité	Existence de preuve d'implantation dans différents contextes organisationnels. Simplification par le découpage en éléments		Perception initiale de complexité élevée. Nombreux obstacles organisationnels ou réglementaires à dépasser
Domaine d'application	Implantation progressive focalisée sur les « cas complexes »		
Observabilité des bénéfices de l'implantation		Attente vis-à-vis de l'équipe de recherche	
Flexibilité	Modèle flexible		
Hiérarchisation des éléments	Choix d'un modèle en éléments		
Risque pour les personnes	Faible ou inexistant		
Utilité directe dans les tâches	Perçue comme élevée (guichet unique, partage d'information, etc.)		
Savoir à mobiliser	Intérêt d'une collaboration avec des professionnels d'un autre pays ayant implanté le modèle	Attente vis-à-vis de l'équipe de formation	
Support technique	Collaboration avec un centre d'expertise à Sherbrooke	Attente vis-à-vis de l'agence de changement	

Tableau 2

Analyse des facteurs influençant la probabilité a priori de l'implantation de l'innovation que représente le modèle d'intégration Prisma dans le système de soins et de services français en fonction des caractéristiques des utilisateurs potentiels de l'innovation

Caractéristiques des utilisateurs potentiels	Favorable à l'implantation	Objet d'enjeu	Défavorable à l'implantation
Psychologiques	Motivation élevée, besoin de changement		Diversité et déstabilisation par démarche proactive (faible tolérance à l'ambiguïté)
Le sens pour les personnes âgées		Attente vis-à-vis de l'équipe de recherche	
Respect des processus décisionnels	Implication de tous les niveaux, processus bidirectionnel autorisation/collectif		
Délai d'information des différents niveaux décisionnels	Implication de tous les niveaux		Diversité des besoins d'information, du temps disponible pour information, des méthodes efficaces de communication
Accompagnement durant la phase initiale d'implantation	Rôle de l'agence de changement		
Retour des utilisateurs			Innovation en France: pas d'utilisateur déjà installés
Préoccupation sur les aspects non finalisés du projet			Préoccupation importante

Tableau 3

Analyse des facteurs influençant la probabilité a priori de l'implantation de l'innovation que représente le modèle d'intégration Prisma dans le système de soins et de services français en fonction des caractéristiques du contexte d'implantation

Caractéristiques du contexte organisationnel	Favorable à l'implantation	Objet d'enjeu	Défavorable à l'implantation
Structure des réseaux sociaux impliqués			Réseaux sociaux divers, nombreux, non maîtrisables
Homophilie du modèle			Perceptions diverses
Implication de leaders			Présence de leaders divers (personnes autorisées à donner son opinion sans nécessairement être un utilisateur potentiel), nombreux, non maîtrisables
Champions	Présence de champion (futurs utilisateurs défendant l'innovation) aux différentes tables du fait de l'utilité, au niveau stratégique et local		
Programme d'implantation expérimental	Présence d'une agence de changement crédible en raison de ces liens avec le réseau international de recherche sur l'intégration.		
Aspects structurels			Très divers en taille, niveau d'autonomie et de spécialisation et d'adaptation au changement
Communication intra- et interorganisationnelle			Très divers et non maîtrisable
Moyens financiers			Pas de nouveau moyen: arbitrage stratégique à faire
Tension vers le changement	<i>Très importante à tous les niveaux (augmentation des demandes de moyens, saturation du système)</i>		

niveau stratégique compte tenu de l'augmentation anticipée des demandes de moyens et, à l'échelon opérationnel en raison de la saturation du fonctionnement actuel du système.

4. CONCLUSION

En conclusion, l'intégration est la résultante d'un ensemble de mécanismes modélisables tout en étant flexibles qui

permettent d'améliorer la continuité de la prise en compte de besoins évolutifs et complexes des personnes en perte d'autonomie quelle qu'en soit l'origine. Elle prend toute sa réalité pour les personnes à travers l'identification d'une personne-ressource dont le champ d'action est nouveau : le gestionnaire de cas. Les conditions actuelles paraissent en grande partie favorables à l'implantation de l'intégration. Cependant cette innovation dans le

domaine de l'organisation des services et de la santé paraît complexe.

L'implantation de ce modèle en France nécessite un travail partenarial de définition d'un langage commun tant sur les diagnostics que sur les solutions. Ainsi, un groupe de chercheurs et de décideurs des domaines de la santé et des services aux personnes s'est constitué et a mis au point le projet de démonstration de l'implantation de l'intégration dans trois sites expérimentaux en France (rural, urbain et mégaurban). Les résultats de ce projet de recherche devraient permettre de définir les facteurs favorisant ou entravant la réalisation de l'intégration selon chaque site (analyse contrastée) et dans tous les sites (liés au contexte particulier de soins et de services français dans son ensemble).

Remerciements

Les auteurs remercient l'unité de recherche clinique de l'hôpital européen Georges-Pompidou pour leur appui constant, leur effort dans la gestion des données, leur aide statistique, leur engagement de valeur et leur expertise. Les auteurs remercient également Catherine Périsset, chef de projet pour Prisma France et Laurence Leneveut, pilote de projet pour Prisma France pour leur implication dans la mise en œuvre du projet décrit dans cet article. Enfin, les auteurs remercient l'ensemble de leurs partenaires aux différents comités de partenariat dans chacun des trois sites d'expérimentation.

RÉFÉRENCES

- [1] Bressé S. Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000, D.r.e.e.s, Editor. Paris: ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité et ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées 2004:1–8.
- [2] Perben M. L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2006, Études et Résultats, 2006(503):1–4.
- [3] Les personnes âgées dépendantes. Paris: La cour des comptes 2005. Available from: <http://www.ccomptes.fr/FramePrinc/frame-rapports.htm>.
- [4] Tourigny A, Côté L, Kröger E, Lebel P, Kergoat M-J, Morin D, et al. Cadre de référence pour l'évaluation de la qualité des soins et services aux personnes âgées vulnérables. In: Hébert R, Tourigny A, Gagnon M, editors. Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Québec (QC): Edisem; 2004. p. 301–20.
- [5] Kodner DL, Kyriacou CK. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *Int J Integr Care* 2000;1:e08.
- [6] Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q* 1999;77:77–110. iv–v.
- [7] Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N. Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:223–32.
- [8] Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:222–35.
- [9] Beland 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;61:367–73.
- [10] Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 1998;316:1348–51.
- [11] Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K. An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: II. Costs and effectiveness. *Age Ageing* 1991;20:245–54.
- [12] Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ* 2003;327:1257.
- [13] Fireman B, Bartlett J, Selby J. Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Aff (Millwood)* 2004;23:63–75.
- [14] Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A. Prisma: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *Int J Integr Care* 2003;3:e08.
- [15] Carrier S, Couturier Y, Gagnon D, Chouinard I. L'expérience des questionnaires de cas est-elle concluante ? Éclaircir une pratique émergente pour en comprendre les conditions de succès. In: Allard J, Arcand M, editors. Enjeux et controverses dans les soins aux personnes âgées en grande perte d'autonomie. Sainte Hyacinthe, (QC): Edisem; 2005. p. 295–302.
- [16] Tourigny A, Durand PJ, Bonin L, Hébert R, Rochette L. Évaluation de l'efficacité d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées vulnérables. In: Hébert R, Tourigny A, Gagnon M, editors. Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Québec (QC): Edisem; 2004. p. 57–78.
- [17] Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20:649–55.
- [18] Somme D, Hébert R, Bravo G, Blanchard F. Le plan de services individualisé (PSI). Concept et utilisation à travers les expériences québécoises et internationales d'intégration des services aux personnes âgées. In: Hébert R, Tourigny A, Gagnon M, editors. Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Québec (QC): Edisem; 2004. p. 281–99.
- [19] Hébert R, Veil A. Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *Int J Integr Care* 2004;4:e05.
- [20] Hébert R, Raïche M. Résultats de l'étude d'impact de Prisma-Estrie. In 4^e Colloque Prisma: l'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action. Sherbrooke, (QC), Canada: Centre d'expertise en Santé de Sherbrooke; 2006.
- [21] Reid R, Haggerty J, McKendry R. Dissiper la confusion: concepts et mesures de la continuité des soins. Ottawa, (ON): Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2002.
- [22] Eggert GM, Zimmer JG, Hall WJ, Friedman B. Case management: a randomized controlled study comparing a neighborhood team and a centralized individual model. *Health Serv Res* 1991;26:471–507.
- [23] Hébert R. Travailler ensemble : des théories aux pratiques. In: Manière D, Aubert F, Ouata S, editors. Interprofessionnalité en gérontologie. Ères: Ramonville Saint Agne; 2005. p. 9–12.
- [24] Rousille B. L'évaluation du handicap dans la perspective de la nouvelle prestation de compensation, française Ld, Editor: I.G.A.S, 2004: 109. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000098/index.shtml>.
- [25] Cadre de référence sur la planification des services. Rapport du groupe de travail sur la planification des services, 2005.
- [26] Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q* 2004;82:581–629.