



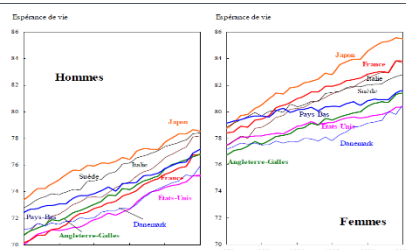
LES RESEAUX DE SANTE

Les 6 premières diapositives du professeur sont juste là à titre d'informations, elles ne feront pas l'objet de QCMs au concours. Je vous les mets quand même ainsi que ce qu'il a dit en cours mais pas besoin de l'apprendre.

RETOUR SUR LA NOTION DE TRANSITION EPIDEMIOLOGIQUE

1. TRANSITION DEMOGRAPHIQUE

Évolution de l'espérance de vie dans quelques pays occidentaux depuis 1980



L'espérance de vie a fortement augmentée, et encore plus chez les femmes. En France, chez les hommes on a une espérance de vie autour de 76 ans et chez les femmes, elle est de 82 ans. Cette évolution est visible dans les pays occidentaux et elle est accompagnée de maladies liées au vieillissement (pathologies chroniques). Maintenir les gens dans la meilleure santé possible et le plus longtemps possible est un enjeu de Santé Publique.

2. TRANSITION EPIDEMIOLOGIQUE

SCHEMA 1-2. TRANSITION ÉPIDÉMIologique DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS, 1900-1970

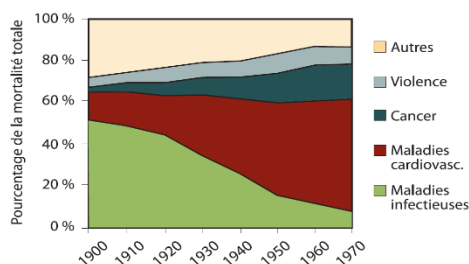
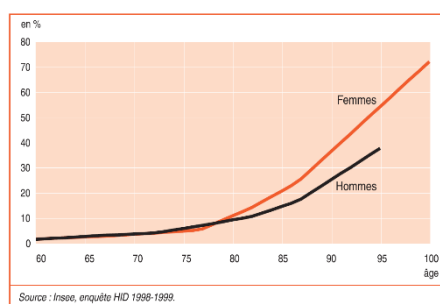


Figure 1 - Taux de dépendance par âge



Source : Insee, enquête HID 1996-1999.

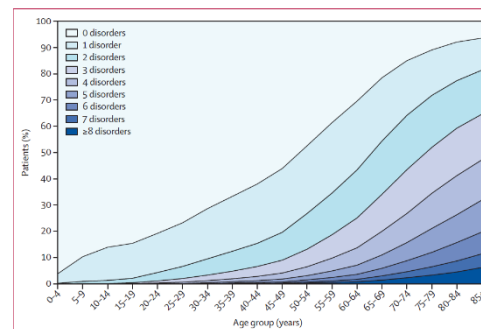


Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

La part des maladies infectieuses a chuté très fortement grâce aux vaccins et aux antibiotiques. Maintenant ce sont les cancers et les maladies cardio-vasculaires qui ont pris le devant. Les pathologies liées au vieillissement ont pris le pas sur les maladies infectieuses.

Cette courbe montre le taux de dépendance (= personnes qui ne sont plus autonomes). Personnes âgées qui ont besoin d'être accompagnées. Ce taux augmente avec l'âge : après 80 ans, il augmente de façon exponentielle.

Ce schéma montre le nombre de pathologies associées chez une même personne en fonction de l'âge. Chaque couleur montre le nombre de pathologies associées en plus. Avec l'âge, les pathologies se cumulent et il existe des effets secondaires entre les différents traitements.

I/ SITUATION ACTUELLE DE L'OFFRE DE SOINS

A) SITUATION ACTUELLE

- Cloisonnement important entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire (ville)
- Cloisonnement entre le secteur médical et le secteur social
- Peu ou pas de transmission d'informations
- Professionnels de santé isolés dans leurs pratiques
- Écarts importants entre ce que l'on sait (données scientifiques) et ce que l'on fait en santé

B) EVOLUTION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

- Transition démographique et épidémiologique
 - Augmentation de l'**espérance de vie**
 - Augmentation des **maladies chroniques**
- Développement des connaissances et des technologies
 - Augmentation de l'**éventail des compétences**
 - Augmentation des **coûts**

➔ **Augmentation de la complexité**

II/ NOTION DE COMPLEXITE

A) DEFINITION

- La complexité est caractérisée par une **imprévisibilité qui ne peut être éliminée**
- Comparaison entre les modèles simple, compliqué et complexes :

SIMPLE	COMPLIQUE	COMPLEXE
Suivre une recette	Envoyer une fusée dans l'espace	Elever un enfant
Une bonne recette garantit de bons résultats	Haut degré de certitude des résultats	Incertitude du résultat

B) INTERVENIR DANS UN CONTEXTE DE COMPLEXITE

- **Augmenter le degré de certitude**
 - Adopter une vision commune (**consensus**)
 - Accroître nos **connaissances** et notre **compréhension** du système
- **Encourager la créativité et les comportements adaptatifs**
 - Guider avec des **règles minimales**
 - Développer les **relations** et faciliter la **communication**
 - Accroître la **circulation de l'information**
 - Recourir à l'**expérimentation**

C) LA PREVENTION CIBLEE

Le **réseau** apparaît, dans cette perspective, comme **approprié pour des activités complexes**, mais surtout **soumises à de l'incertitude**, c'est-à-dire à des fluctuations et des **changements difficilement prévisibles**.

En effet, parce qu'il permet des **configurations à géométrie variable** entre des participants spécialisés, le réseau possède de la **flexibilité d'initiatives**, c'est-à-dire la capacité d'élaborer des **réponses** qui suivent d'assez près l'évolution des problèmes.

➔ **LE RESEAU DE SANTE = UN MODE D'ORGANISATION ++++**

D) MECANISMES DE COORDINATION DES RESEAUX

L'adoption de **comportements coopératifs**, qui sont à la base des réseaux, sont favorisés par la **proximité**, la **socialisation**, les **expériences communes**, ...

Les acteurs coopèrent parce qu'ils se font **confiance**, et ils se font confiance par qu'ils se connaissent à travers :

- Leur **formation**
- La **proximité** géographique, professionnelle, culturelle, etc, ...
- Plus généralement des **relations personnelles**

III/ **COORDONNER LES PARCOURS DE SOINS**

A) **DEVELOPPEMENT DE MODELES DE GESTION DE CAS ET D'INTEGRATION**

Devant les **limites** démontrées par les réseaux centrés sur une pathologie donnée, de **nouveaux modèles de coordination** ont été développés. Ces modèles sont **centrés sur des patients pluri-pathologiques** (c'est-à-dire atteints de plusieurs pathologies à la fois) que sont les **personnes âgées ou handicapées malades** ; ayant des **besoins multiples** et **vivant à leur domicile**. Ces personnes sont confrontées à une **offre de service fragmentée et cloisonnée**.

/!\ NOUVELLE DEFINITION L'**intégration** consiste en une **volonté de resserrer les liens entre des acteurs ou des composantes d'un ensemble organisé afin d'atteindre des objectifs ou des buts jugés souhaitables**.

➔ On parle d'« **intégration** » parce qu'on cherche à mobiliser l'ensemble du système de soins.

B) **TROIS GRANDS NIVEAUX D'INTEGRATION DES SERVICES**

1. **LE MODELE DE LIAISON**

- Les organisateurs peuvent développer des **procédures** plus ou moins formalisées pour **faciliter leur collaboration** et la **transmission d'informations** sur les besoins des patients.
- Les **professionnels de chaque structure** comprennent bien comment les autres interviennent, en particulier quant au financement des prestations et à l'éligibilité, et **s'adressant à eux ponctuellement** lorsqu'ils le jugent nécessaire.
- Cependant, **chacune des organisations prestataires** continue à avoir ses **propres règles de fonctionnement**, et un **domaine d'intervention** et de **responsabilité spécifique**.

➔ *Ce que le prof veut que vous reteniez : « Chaque organisation continue d'avoir ses propres règles, elles sont toujours éparées mais elles ont mis en place un système de liaisons pour faire passer des informations. »*

2. **LE MODELE DE LA COORDINATION**

- Dans ce modèle, **une structure** coordonne un ensemble d'organisations ou de services destinés à une population donnée, pour **réduire la confusion, la fragmentation et la discontinuité** entre les organisations, et de **promouvoir le partage d'informations**.
- **Chaque organisation** conserve son **propre fonctionnement** mais accepte de participer à cette infrastructure ou une structure virtuelle.
- Chaque service accepte aussi, par conséquent, d'**adapter ses procédures et interventions** à mesure que le réseau évolue.
- Les **techniques de coordination** comprennent des **outils d'évaluation des besoins**, des **procédures standardisées** de décisions, d'optimisation des ressources et de suivi des interventions, et la **présence de gestionnaires de cas**.

3. **LE MODELE DIT D'INTEGRATION COMPLETE (A L'AUTRE EXTREMITE DU CONTINUUM)**

- **Une seule organisation intégrée** est **responsable pour tous les services**, qu'ils soient réunis effectivement en une même structure ou liés par contrat.
- De **nouvelles procédures** sont mises en place pour **évaluer les besoins des personnes**, ce qui détermine leur entrée dans l'organisation intégrée.

- Par ailleurs, toutes les ressources sont combinées, les systèmes de financement et d'éligibilité unifiés, les informations partagées quotidiennement.
- Une même organisation contrôle ainsi tous les services, délivrés par des **équipes multidisciplinaires**. La gestion de cas est assurée par ces **équipes** ou par des « **supers** » **gestionnaires de cas**.

C) LES GESTIONNAIRES DE CAS

Dans les **modèles d'intégration**, on s'appuie sur des « **gestionnaires de cas** » ou « **case managers** » ; également nommés « **coordinateurs de santé** » ou « **gestionnaires de parcours de soins** ». Mais on pourrait aussi les appeler **coachs**, des **agents** ou encore des **impresarii** de patients ou de personnes en situation de handicap.

Généralement **issus du travail social** OU du **secteur paramédical**, ces professionnels ont un effet pour mission d'assurer :

- ✓ La **continuité** et la **cohérence du parcours de soins** d'une **quarantaine de personnes** au plus
- ✓ L'**évaluation de leurs besoins au domicile**, mettent en place un **plan d'aide médico-social** ou la **réorganisation de leur travail**
- ✓ Des intervenants déjà en place s'assurent de la réalisation des services, et ajustent les interventions en fonction de l'évolution de la situation.

D) DEVELOPPEMENT DE MODELES DE GESTION DE CAS ET D'INTEGRATION

Ces modèles répondent à **différents degrés de complexité** des besoins des personnes :

- **MODELE DE LIAISON** : suffirait à la prise en charge des **patients relativement stables** et **autonomes** dans ses décisions, demandant l'intervention d'un **petit nombre de services** et pour une **durée limitée**.
- **NIVEAU DE COORDINATION** : interviendrait pour des **personnes recevant des soins de deux types de services au moins en simultané ou en séquentiel**.
- **MODELE D'INTEGRATION COMPLETE** : serait au contraire approprié pour les **personnes très dépendantes**, ayant **besoin d'une large gamme d'interventions** s'opérant souvent dans l'**urgence**.

CONCLUSION

Parce qu'il permet des configurations à géométrie variable entre des participants spécialisés, le **réseau** apparaît approprié pour des **activités complexes soumises à l'incertitude**.

- ✓ **Coopération** plutôt que compétition
- ✓ **Expertise collective**
- ✓ **Harmonisation des pratiques**



***Petits conseils de tutrice :** Le professeur insiste beaucoup sur certaines parties : notion de complexité +++ (« pour y répondre on doit travailler en réseau »), le fait qu'un réseau soit un mode d'organisation, les trois grands niveaux d'intégration des services (modèles de liaison, de coordination, d'intégration ++ mais retenir les grandes idées) et la notion de gestionnaires de cas. Le modèle intégré cherche à faire travailler ensemble l'ensemble des secteurs du système de santé.*