

LES RESEAUX DE SANTE

I. Retour sur la notion de transition épidémiologique

Cf les graphiques du diapo...

II. Situation actuelle de l'offre de soins

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

III. 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**

Notion de complexité : caractérisée par une imprévisibilité qui ne peut être éliminée.

Modèle simple = suivre une recette ; modèle compliqué = envoyer une fusée dans l'espace ; modèle complexe = élever un enfant.

Intervenir dans un contexte de complexité

- **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**

IV. Les critères de choix de la forme d'un réseau

- ❖ 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 réseau est un mode d'organisation.

V. Mécanismes de coordination des réseaux

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 parce qu'ils se connaissent à travers

- Leur formation

- La proximité géographique, professionnelle, culturelle, etc...
- Les relations personnelles

VI. Coordonner les parcours de soins

Développement de modèles de gestion de cas et d'intégration :

Devant les limites démontrées par les réseaux centrés sur une pathologie donnée, de nouveaux modèles de coordination ont été développés :

- **Centrés sur des patients pluri-pathologiques** que sont les personnes âgées et handicapées malades, ayant des **besoins multiples** et vivant à **leur domicile**, confrontées à une **offre** de service **fragmentée** et **cloisonnée**.

L'offre de service devenant de plus en plus fragmentée, il fallait qu'un professionnel – **le gestionnaire de cas** – soit chargé d'assister les personnes dans leurs choix, et de faire le lien entre les différents services.

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

Trois grands niveaux d'intégration des services :

- **Le modèle de liaison :**

Les organisations 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'adressent 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**.

- **Le modèle 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 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.

- **Le modèle d'intégration complète**

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.

Le gestionnaire de cas

La gestion de cas s'appuie sur l'existence de « gestionnaire de cas » (case managers) :

- Egalement nommés « coordonnateurs de santé » ou « gestionnaires de parcours e soins »
- Mais on pourrait aussi les appeler des coachs, des agents ou encore des impresarii de patients ou de personnes en situation de handicap.

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

Généralement issus du travail social ou du secteur paramédical, ces professionnels ont en effet pour mission :

- D'assurer la continuité et la cohérence du parcours de soins d'une quarantaine de personnes au plus
- D'évaluer leurs besoins au domicile, mettant en place un plan d'aide médico-social
- De réorganiser le 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.

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

- Le **modèle de liaison** suffirait à la prise en charge des **patients** relativement **stables** et **autonomes** dans leurs décisions, demandant l'intervention d'un **petit nombre de services et pour une durée limitée**
- Le **niveau de coordination** interviendrait pour des personnes recevant des **soins de deux types de services au moins en simultanée ou en séquentiel**
- Celui de **l'intégration compétè** serait 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.**

