

Health ProspectING 2019

Comment favoriser
l'intégration des soins ?



Health ProspectING 2019

Comment favoriser l'intégration des soins ?

Cette étude a bénéficié de la participation active des experts suivants lors de séances de travail de groupe et d'entretiens individuels :

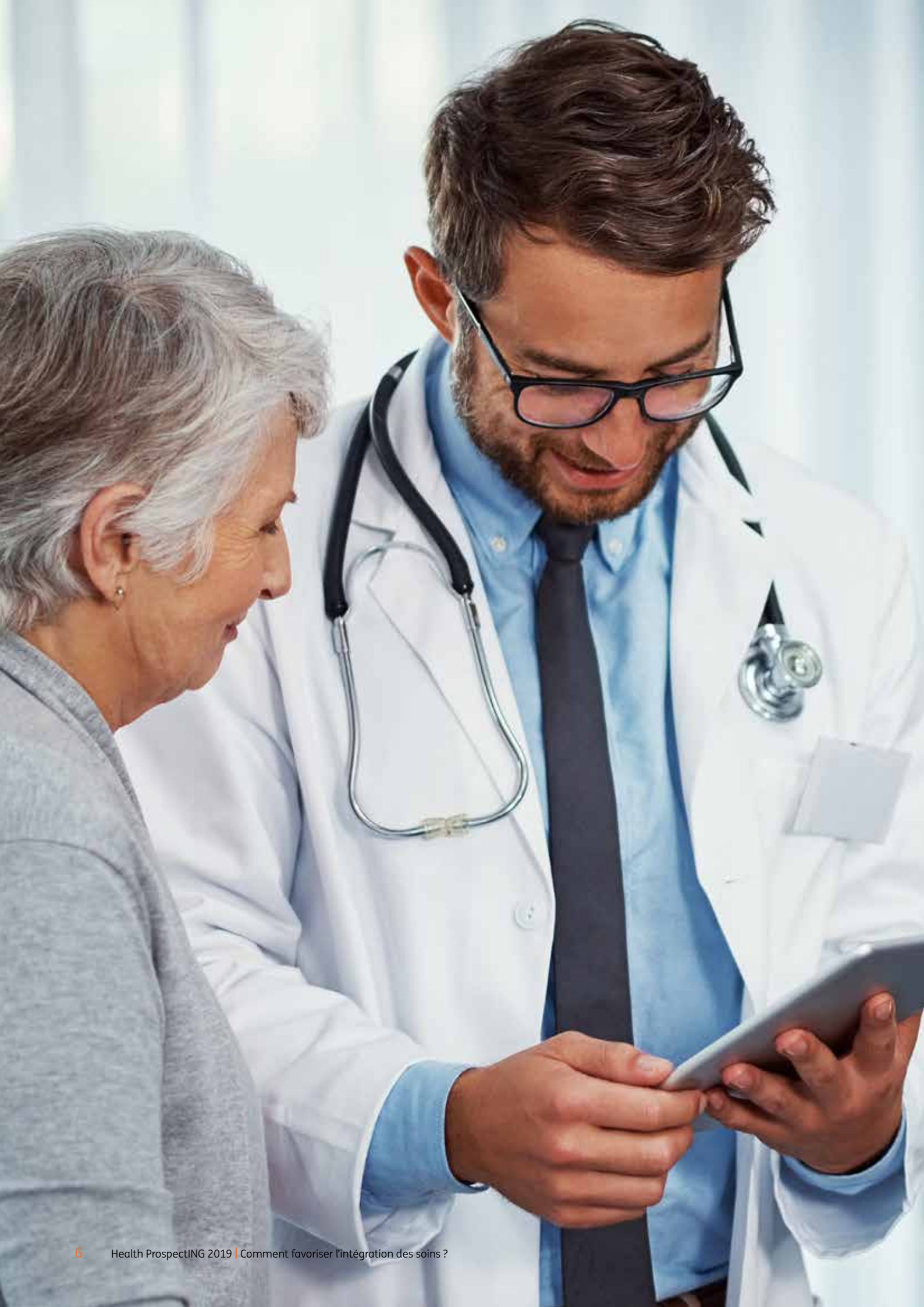
M. Collin, Benoît	Administrateur général adjoint de l'INAMI
M. De Becker, Peter	Directeur général pour le secteur des hôpitaux généraux (Groupe Emmaüs)
M. Dehaspe, Philippe	CFO des Cliniques Universitaires Saint-Luc
M. Durant, Guy	Administrateur général honoraire des Cliniques Universitaires Saint-Luc et professeur émérite à l'UCL
M. Facon, Pedro	Directeur général du SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement
M. Javaux, Alain	Directeur général du CHC Liège
M. Lefébure, Bruno	Expert indépendant
M. Maertens Rudy	Directeur général de AZ Alma
Pr. Robberecht, Wim	CEO de UZ Leuven
M. Mercier, Stéphan	Administrateur délégué du Groupe Jolimont et Président du conseil d'administration du CHR Mons-Hainaut
M. Michiels, Koen	Administrateur délégué de AZ Nikolaas et AZ Lokeren
Dr. Noppen, Marc	CEO de UZ Brussel
M. Rillaerts, Stéphane	Directeur général de l'Institut Jules Bordet
M. Saelens, Gauthier	Directeur général du Grand Hôpital de Charleroi
M. Tempels, Pierre	Administrateur au sein d'hôpitaux et d'institutions du secteur de la santé

Le rapport de l'étude a été préparé et élaboré par une équipe de membres d'Antares Consulting composée de : Dr. Eduard Portella, Oscar Dia, Juliette Estève, Stéphane Le Grand, Julie Syenave.



Table des matières

Préface	7
Liste des abréviations	10
Introduction	12
1. L'intégration de soins	15
2. Modèles d'intégration de soins en Belgique	24
3. Données clés sur le plan international et en Belgique	30
4. Intégration des soins : les clés de la réussite	42
5. Réflexions à l'échelle macro	52
a. Développer une planification nationale d'intégration des ressources sanitaires et médico-sociales, basée sur les besoins (démographie, épidémiologie, options des soins) de la population selon des paramètres scientifiques	54
b. Développer la régulation en vue des nouveaux mécanismes et procédures nécessaires à la mise en place de l'intégration de soins, et reconnaître les nouvelles professions, actes et prestations de soins	55
c. Favoriser le développement cohérent et partagé des objectifs financiers entre les différents acteurs de l'intégration de soins	56
d. Adapter progressivement les modèles de financement vers des modèles plus intégrés, impliquant l'ensemble des actes et acteurs du trajet de soins (approche populationnelle, « bundled payment »), basés sur les résultats obtenus	57
e. Faciliter le partage des données clés des patients entre les différents acteurs : régulateurs, financeurs, prestataires... en vue de faciliter la prise en charge des patients et la prise de décisions (ex : définitions de profils de risque)	59
6. Réflexions à l'échelle méso	60
a. Aligner la politique des différents acteurs participant à l'intégration des soins par un projet médical, soignant et social ainsi que des objectifs de développement communs	62
b. La formalisation des mécanismes et espaces de coordination entre tous les acteurs est un élément majeur, permettant d'assurer des relations structurées entre eux et de favoriser la multidisciplinarité, selon un système de vases communicants entre les différents intervenants	64
c. Définir un point de contact unique et un professionnel référent, de type case manager, devient un élément central pour assurer la continuité des soins	66
d. Développer des technologies de l'information et de la communication favorisant la structuration des relations, avec la mise en place de systèmes de gestion partagée	68
e. Développer des technologies de l'information et de la communication favorisant la structuration des relations, avec la mise en place de systèmes de gestion partagés	69
7. Réflexions à l'échelle micro	72
a. Segmenter les patients ayant besoin d'une plus grande proactivité dans les soins et leur coordination, l'objectif étant d'identifier les patients à risque, et de fournir des soins ciblés adaptés et multidisciplinaires	74
b. Définir un plan personnalisé de santé qui induit une plus grande participation du patient dans sa prise en charge	75
c. Définir et formaliser des trajets de soins pertinents au regard de l'ensemble des actes et des différents intervenants devant s'inscrire dans un continuum de soins	77
d. Utiliser les technologies de l'information et de la communication, notamment par le biais du développement de l'eHealth, et en particulier des applications mobiles, dans l'objectif de favoriser la communication entre le patient et les professionnels, de faciliter la gestion de la maladie	78
Conclusion	80
Liste des notes de bas de page	85



Préface

Nous sommes fiers de vous livrer l'édition 2019 de **Health ProspectING**, réalisée en partenariat avec Antares Consulting pour la troisième année consécutive.

La santé continue d'occuper une place prépondérante sur l'échelle de satisfaction des besoins de nos concitoyens.

Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques poussent les décideurs à repenser l'organisation des soins.

Les progrès médicaux et l'évolution des technologies obligent l'ensemble des acteurs à se transformer sans relâche.

Les contraintes budgétaires et normatives continuent quant à elles d'exercer une pression importante sur le système de prise en charge, tant en amont qu'en aval des institutions hospitalières proprement dites.

C'est l'ensemble de ces sujets que se propose d'étudier l'édition 2019 de **Health ProspectING**, articulée autour des thèmes centraux de l'**intégration** et de la **continuité des soins** entre les hôpitaux et leurs partenaires du système des soins de santé. Ces thèmes, qui figurent au cœur de la réforme du secteur hospitalier tant en Europe qu'en Belgique, sont une condition essentielle à la prise en charge pertinente du patient.

L'étude évoque les pistes de réflexion actuelles, examine les solutions mises en place dans un certain nombre de pays et expose celles qui peuvent être une source d'inspiration pour la Belgique.

En tant que conseiller et partenaire important de nombreux acteurs du secteur des soins de santé, ING entend participer positivement à la réflexion collective et **soutenir** le développement d'une vision prospective de l'**écosystème des soins de santé**. Au travers de **Health ProspectING 2019**, ING souhaite contribuer modestement, mais avec passion et conviction, à l'amélioration de la qualité des soins de santé en Belgique.

Dans la même dynamique, nous entendons **mettre en contact les acteurs directs** des soins **avec les sociétés de l'écosystème** qui développent les **solutions et technologies innovantes** dans ce domaine. Ces échanges pourront aider les premiers sur la voie de la collaboration et de l'intégration, tandis qu'ils aideront les seconds à mieux comprendre les défis et besoins du secteur.

Nous tenons à remercier vivement le panel d'experts et de dirigeants d'hôpitaux pour leurs avis critiques, ainsi que tous ceux qui ont participé à la réalisation de cette étude par leur disponibilité active et constructive.

Au nom de l'équipe Healthcare d'ING Belgique,



Saskia Bouters

Head of Public Sector & Social Profit
Midcorporates & Institutionals, Wholesale Banking
ING Belgique

Référence bibliographique

Toute utilisation de l'information contenue dans ce document qui viendrait à être citée devra se faire avec la référence bibliographique suivante :

« Antares Consulting. Health ProspectING 2019. Comment favoriser l'intégration des soins ?
Bruxelles, ING Belgique, 2019 »

Table des figures

Figure 1 : Cartographie des contacts – patiente Alzheimer (sur la base d'un entretien réalisé par Antares Consulting)	18
Figure 2 : Cartographie des contacts – Patient diabétique (sur la base d'un entretien réalisé par Antares Consulting)	18
Figure 3 : Ecosystème d'un patient complexe	19
Figure 4 : Les 4 filières de l'intégration des soins	21
Figure 5 : Nombre de survivants du cancer : évolution entre 1975 et 2010 et projection entre 2010 et 2040	22
Figure 6 : La stratification des risques dans le système d'intégration des soins Kaiser Permanente	23
Figure 7 : Dépenses de soins de longue durée en % du PIB, 2016	32
Figure 8 : Corrélation dépenses de soins de longue durée en % du PIB et nombre d'infirmières pour 1.000 habitants	32
Figure 9 : Population âgée de 65 ans et plus se déclarant en bonne santé, 2017 (ou dernière année disponible) mis en relation avec le nombre de médecins et d'infirmiers pour 1.000 habitants	33
Figure 10 : Corrélation entre bonne santé perçue et dépenses de soins de longue durée	33
Figure 11 : Concentration des dépenses de soins de santé en Belgique	34
Figure 12 : Part des personnes atteintes de pathologies chroniques et leurs dépenses de soins de santé, évolution de 2010 à 2015 en Belgique	35
Figure 13 : Nombre d'admissions dans des services aigus pour 100 000 habitants, BPCO, 2016	35
Figure 14 : Nombre d'admissions dans des services aigus pour 100 000 habitants, Diabète, 2016	36
Figure 15 : Bénéficiaires de soins de longue durée âgés de 65 ans et plus, 2017 (ou dernière année disponible)	37
Figure 16 : Pourcentage des personnes âgées actives sur Internet au moins une fois au cours des 3 derniers mois	38
Figure 17 : Taux d'évolution du nombre de médecins (généralistes et spécialistes) en Belgique par classe d'âge, entre 2012 et 2017	38
Figure 18 : Evolution de la part de chaque classe d'âge par rapport au nombre total de médecins (généralistes et spécialistes) entre 2012 et 2017	39
Figure 19 : Nombre d'infirmiers pour 1000 habitants	39
Figure 20 : Caractéristiques de l'offre belge et comparaison – personnel à domicile et personnel en institution	40
Figure 21 : Les clés de la réussite dans l'intégration des soins	43
Figure 22 : Exemple de méthodologie pour une mise en place d'un projet médical commun	47
Figure 23 : Représentation schématique des différentes typologies de missions correspondant à différentes typologies de patients	55
Figure 24 : Modèle de paiement à l'épisode de soins	58
Figure 25 : Exemple d'un écosystème pour patient atteint de cancer	62
Figure 26 : Coordination des soins dans les « Disease-Management-Programm », Allemagne	63
Figure 27 : Approches et interventions pour l'optimisation de la coordination des soins – OMS	65
Figure 28 : Enquête suisse sur les soins intégrés – utilisation des systèmes d'information	69
Figure 29 : Outils et services de partage et de coordination	70
Figure 30 : Logigramme d'élaboration du PPS	75

Liste des tableaux

Tableau 1	Coût direct de trois des principales maladies chroniques – Belgique/Union Européenne	36
Tableau 2	Dépenses dans le système de santé par type de service, en volume, 2016	37
Tableau 3	Mécanismes et espaces de coordination entre acteurs des soins intégrés	64

Liste des abréviations

3C4H	Chronic Care and Cure for Health
ACO	Accountable Care Organisations (Organismes de soins responsables)
AIM	Agence InterMutualiste
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BelRAI	Belgian Resident Assessment Instrument (Instrument d'évaluation du résident (client) belge)
BIM	Bénéficiaires d'Intervention Majorée
BOOST	Better Offer and Organization thanks to the Support of a Tripod Model (Meilleure offre et organisation grâce au support d'un modèle de 3 fonctions)
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
BRIO	Bureau Régional d'Information et d'Orientation
CCM	Chronic Care Model (Modèle de soins chroniques)
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique
CM	Christelijke Mutualiteit (Mutualité chrétienne)
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
DMP	Dossier Médical Partagé
DMS	Durée moyenne de séjour
ECHO	Extension for Community Healthcare Outcomes (Résultat de l'extension pour la communauté des soins de santé)
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier (Dossier électronique du patient)
ETAPES	Expérimentations de Télémedecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé
ETP	Education Thérapeutique du Patient
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HàD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
LSP	Landelijk SchakelPunt (Point d'échange national)
LTC	Long Term Care (Soins de longue durée)
MAF	Maximum A Factorer
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MR	Maison de Repos
MRS	Maison de Repos et de Soins
NPO	Nationaal Programma Ouderenzorg (Programme national de soins aux personnes âgées)

OBSAN	OBservatoire SANitaire suisse
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACT	Plan d'Accompagnement Concerté Transversal
PAERPA	Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie
PIB	Produit Intérieur Brut
PPS	Plan Personnalisé de Santé
PRADO	Programme de Retour A DOmicile
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
RCP	Réanimation CardioPulmonaire
RÉLIAN	Réseau Liégeois Intégré pour une Autonomie Nouvelle
RésiNam	Réseau de Soins Intégrés (des malades chroniques) du grand Namur
SAD	Soins à Domicile
SNAC	Services Numériques d'Appui à la Coordination
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
UE	Union Européenne
VWS	Ministerie Van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministère de la santé, du bien-être et des sports)
VZV	Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie (Association des fournisseurs de soins de santé pour la communication des soins de santé)
WSIC	Whole Systems Integrated Care (Soins intégrés à l'ensemble des systèmes)



Introduction

Le changement du paradigme sociodémographique et épidémiologique dans nos sociétés a connu un développement plus fort et plus rapide que la capacité d'adaptation de nos institutions de prise en charge et de régulation dans le système de santé et médico-social. Cette situation a provoqué une certaine inadéquation entre l'offre de services et la demande, pour une partie de la population, qui se manifeste par une utilisation inappropriée de l'offre des soins aigus.

De ce fait, dans la plupart des systèmes de santé une des priorités est le développement d'initiatives permettant de faciliter les réponses appropriées à cette situation : garantir une continuité des soins vers d'autres formes de prise en charge, plus appropriées aux besoins de cette population.

L'analyse de l'occupation des lits aigus en Belgique révèle, de manière significative, la croissance du volume des patients pour lesquels la prise en charge n'est pas adaptée. Au regard de différentes études, les lits aigus sont, notamment du point de vue de leur financement, tout à fait inadaptés aux patients nécessitant des soins récurrents et dont la prise en charge se limite à l'aspect « sanitaire ». Le vieillissement de la population, la forte prévalence des pathologies chroniques, et dans le même temps la nécessité de diminuer les durées de séjour et d'améliorer la performance des établissements de santé, particulièrement des services de soins aigus, font de **l'optimisation de l'occupation des lits aigus** une nécessité.

Cette problématique relève non seulement d'une **insuffisance de ressources** pour traiter ces typologies de patients, mais également d'une problématique de **qualité de la prise en charge**, et de **difficultés d'orientation des patients**.

L'occupation des lits aigus en Belgique en quelques chiffres :

- 5 % sont occupés par des patients souffrant des pathologies chroniques suivantes : insuffisance cardiaque, diabète, BPCO ;
- 17 % sont occupés par des patients admis plus de trois fois au cours de la dernière année et 15 % sont occupés par des réadmissions dans les 30 jours ;
- 19 % sont occupés par des patients admis depuis plus de 30 jours et 27 % par des patients admis depuis plus de 20 jours.

D'une étude consacrée aux **institutions de soins de réadaptation** en Belgique il ressort que l'offre de soins devrait, dans les prochaines années, connaître d'importants changements, notamment au niveau des lits de réadaptation. « Les services spécialisés de traitement et de réadaptation (revalidation) sont destinés aux patients atteints d'affections cardio-pulmonaires, neurologiques, locomotrices, psycho-gériatriques et chroniques (pathologies chroniques et polyopathologies) ». A l'heure actuelle, le nombre total de lits Sp¹ s'élève

¹ L'index "Sp" fait référence au service spécialisé de traitement et de réadaptation fonctionnelle.

à 17,1% du nombre de lits aigus de chirurgie-médecine-gériatrie. Un centre de recherche a établi qu'il sera nécessaire de disposer de 27% de lits Sp supplémentaires à l'horizon 2030. Enfin, une enquête a montré que 15 à 30% des patients (selon les services) restent plus longtemps que nécessaire en hôpital aigu, en raison notamment (à hauteur de 50%) de l'indisponibilité voire l'absence d'offre de soins².

Ces données nous montrent que les hôpitaux belges prennent en charge un volume important de patients qui pourraient être pris en charge par des structures extra-hospitalières, et plus particulièrement des dispositifs de soins intégrés.

Cette situation délicate nécessite de **rechercher de nouveaux modèles, afin de parvenir à mieux prendre en charge les patients complexes**. La situation complexe de ces patients s'apprécie par la « présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques [...] susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé. Le patient se trouve ainsi exposé à un risque accru d'hospitalisation non-programmée et de ruptures dans son parcours »³.

Il s'agit donc principalement de patients souffrant de pathologies chroniques, de patients âgés, de patients qui souffrent de troubles de la santé mentale, de patients dont la situation sociale est précaire. Ces patients, qualifiés de complexes, constituent une minorité qui engendre la majorité des dépenses et frais de santé.

Les nouvelles organisations qui voient le jour et visent une intégration des soins poursuivent trois objectifs :

- libérer les ressources spécialisées et dédiées en théorie aux épisodes de soins aigus,
- assurer la prise en charge du patient la plus adéquate, avec les ressources adaptées, par l'interlocuteur ou le dispositif le plus pertinent,
- tout en assurant la continuité et la coordination des soins qui seraient fournis par différentes structures. admis depuis plus de 20 jours.

Le présent travail d'analyse et de réflexion internationale a été réalisé en collaboration avec un groupe de Key Opinion Leaders belges. Nous leur avons demandé de tester et de valider nos hypothèses concernant les enjeux ainsi que nos conclusions en matière d'intégration des soins de santé en Belgique. Notre objectif étant de produire un rapport qui ait valeur de **consensus significatif** auprès des acteurs clés du système de santé belge. Cette réflexion veut constituer un apport constructif aux interrogations actuelles, basée sur l'analyse des expériences vécues par les autres systèmes de santé comparables qui ont entamé, voire validé, des processus similaires. Ce rapport a été élaboré afin de proposer un large éventail de solutions de mise en œuvre, sur la base de solutions observées dans les pays de l'échantillon de référence. Il traite des parcours de soins intégrés, que les patients complexes, âgés, atteints de certaines pathologies chroniques, doivent préférer à une prise en charge dans des services de soins aigus.

Nous portons à l'attention du lecteur que ce rapport ne traite pas de l'intégration des **soins de santé mentale**. Du fait de leurs particularismes et de la politique de santé spécifique qui leur est appliquée, ceux-ci doivent faire l'objet d'une réflexion à part entière.

Dans un premier temps, Health ProspectING 2019 se propose de présenter et de **définir les dispositifs de soins intégrés** et leurs implications, et de mettre en perspective un certain nombre d'**indicateurs clés** en Belgique et dans les pays de l'échantillon de référence.

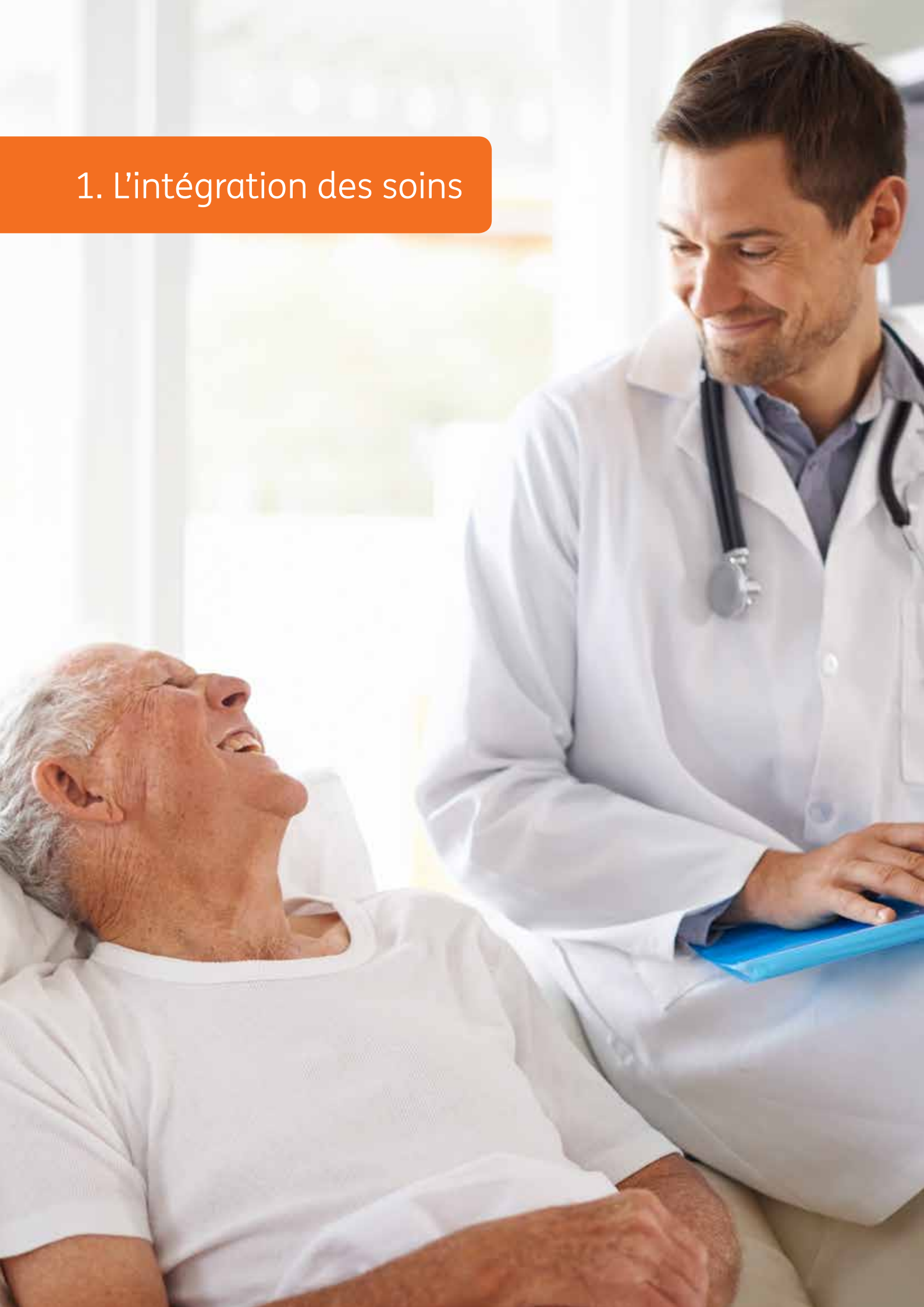
Dans un second temps, le rapport présente les piliers sur lesquels reposent **la réussite de l'implantation d'un système de soins intégrés**, avant d'identifier un ensemble d'initiatives regroupées sur trois niveaux :

- **Niveau macro** : celles qui concernent la régulation du système, son cadre normatif ou son financement.
- **Niveau méso** : celles qui relèvent du niveau managérial des institutions.
- **Niveau micro** : celles qui sont développées au niveau opérationnel ainsi qu'au niveau des pratiques professionnelles.

² Pr. ém. Guy Durant, Les institutions de soins de réadaptation en Belgique, 22 novembre 2018

³ HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire – Coordination des parcours. « Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? », Septembre 2014, 46 pages

1. L'intégration des soins



Il n'existe à ce jour aucune définition unique et véritablement consensuelle de l'intégration des soins. Il est en revanche possible de s'appuyer sur une définition de l'intégration au sens générique du terme, « processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouvernance commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif »⁴. Les systèmes de soins intégrés revêtent donc une dimension différente selon la perspective.

Dans une perspective d'ensemble du système de santé, la prestation de services de santé intégrés s'apparente à la recherche d'une connexion entre le système de santé et d'autres systèmes de services sociaux afin d'améliorer les résultats cliniques.

Dans une perspective de gestion des processus, l'intégration des services de santé consiste à définir un ensemble cohérent de méthodes et de modèles en matière de financement, d'administration, d'organisation, de prestation de services et d'unités cliniques, conçu pour créer une connectivité, un alignement et une collaboration, d'une part au sein du secteur « cure » et ensuite du secteur « care » dans le secteur « cure ». **En d'autres termes, l'aspect curatif en tant que tel doit dans un premier temps être efficacement coordonné pour que, par la suite, le soin au sens large puisse s'y intégrer sans rupture.**

De manière plus générale, dans un rapport technique publié en mai 2008, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la prestation de soins intégrés comme « **l'organisation et la gestion des services de santé permettant aux patients d'obtenir confortablement les soins dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin, de manière à atteindre les résultats souhaités et à optimiser leurs ressources** »⁵.

Dans une note méthodologique relative à l'organisation des parcours de santé, la Haute Autorité de Santé (HAS) française a repris ces travaux de l'OMS, et en tire la définition complémentaire suivante : « l'intégration est la gestion et la délivrance de services de santé qui permettent aux usagers de recevoir un **continuum de soins préventifs et curatifs**, en adéquation avec leurs besoins au cours du temps et à différents niveaux du système de santé »⁶.

D'un point de vue global, **l'objectif de l'intégration de soins est d'en garantir la continuité dans la prise en charge des patients et autres usagers des services médicaux et sociaux.** La mise en place de ce système répond à un objectif de progression en termes d'accessibilité des usagers et de qualité de vie des patients, ainsi que de leurs aidants proches, impliquant ainsi une logique de proximité vis-à-vis des patients.

De ce fait, la définition même du système de soins intégrés l'oppose en quelque sorte au système de santé classique. En effet, ce dernier est organisé autour de la pathologie, tandis que le système de soins intégrés fonde son action sur l'ensemble des besoins identifiés et exprimés par et pour une population. Il met également l'accent sur l'importance des actions préventives, encore parfois timides dans les systèmes de santé classiques. En outre, les systèmes de soins intégrés s'attachent tout particulièrement à **assurer une « absence de rupture » dans le parcours du patient**, afin qu'il vive sa situation dans les meilleures conditions.

Les dispositifs répondent en effet à deux objectifs sociétaux : l'amélioration de l'efficacité du système de santé, et le maintien en bonne santé de la population.

Bien qu'il n'existe pas de définition consensuelle du concept, l'intégration des soins vise à garantir une continuité dans le parcours des patients.

⁴ RUPTURE, Revue transdisciplinaire en santé, Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre, 2001, 15 pages, http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup082_038.pdf

⁵ OMS, Integrated Health Services – What and why?, Technical Brief No.1, Mai 2008, 10 pages

⁶ HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ? », Septembre 2014, 38 pages

Efficiences du système de santé

La recherche de l'efficacité du système de santé est l'une des motivations de la mise en œuvre de systèmes de soins intégrés. Les avancées technologiques, le vieillissement de la population et l'évolution de la morbidité sont les principaux facteurs de la forte croissance des dépenses de santé constatée ces dernières décennies.⁷ Outre le coût en lui-même des innovations, les progrès en qualité des équipements médicaux et leur démocratisation ont eu des conséquences négatives : une importante redondance d'actes de diagnostic et d'examen tout au long de la prise en charge, notamment dans le cas particulier d'un transfert de dossier patient.

Dans ce cadre, **l'aspect préventif de la prise en charge** occupe une place essentielle. En effet, lorsqu'un patient bénéficie d'un suivi régulier, les risques de prise en charge d'urgence sont moindres. Par conséquent, les dépenses de santé (hospitalisation, transport, etc.) diminuent elles aussi, et l'efficacité du système de santé s'en trouve améliorée. **L'identification des patients** est notamment l'objectif du programme pilote britannique Inner North West London Integrated Care (WSIC). Son but est de promouvoir un meilleur accès aux soins, particulièrement en dehors des structures hospitalières, de réduire les admissions inutiles à l'hôpital, et donc les frais qu'elles engendrent. Aux États-Unis, les Accountable Care Organizations (organismes de soins responsables) s'appuient pour ces actions préventives sur les technologies de l'information, les outils de gestion partagés et de gestion du risque.

La comparaison avec d'autres pays aux caractéristiques similaires favorise la mise en évidence des données clés du système de santé belge. Le double enjeu du vieillissement de la population et de l'augmentation constante des dépenses de santé rend impératif de repenser les modèles de soins des patients chroniques.

Amélioration de l'état de santé des populations

Au-delà de l'amélioration de l'efficacité du système de santé, le développement de politiques de prévention au cœur des systèmes de santé européens doit être mis en œuvre pour améliorer l'état de santé des populations.

En effet, l'un des principaux risques liés à l'augmentation de l'espérance de vie est que celle-ci se fasse au détriment de la qualité de vie. C'est en tous cas ce que constatait la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en France, en janvier 2018 : « les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable ».⁸ En Belgique, l'espérance de vie à 65 ans est de 18,4 ans pour les hommes et de 21,9 ans pour les femmes. Selon l'Institut Scientifique de Santé Publique, plus d'une personne sur trois âgée de 65 ans souffre d'au moins deux affections chroniques graves. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les individus sont plus sensibles aux comorbidités.

Or, il s'agit d'un défi crucial, puisque l'impact du vieillissement des populations occidentales se fait sentir depuis plusieurs années déjà. Ce vieillissement des populations induit des modes nouveaux de prise en charge. Ceux-ci nécessitent une approche multidimensionnelle de la fragilité de cette typologie de patients, qui repose sur une définition élargie de la santé. En ce sens, pour ces patients, les « problèmes médicaux ou de santé publique sont transposés en enjeux moraux et sociaux ».⁹

Le vieillissement des populations se combine aux changements épidémiologiques majeurs (cancers, autres maladies chroniques de type insuffisance cardiaque ou respiratoire, maladies vasculaires, etc.). Aux États-Unis, la **médecine préventive** est le fondement du modèle de Kaiser Permanente. Cette entreprise à but non lucratif assurant et soignant ses clients compte plus de 22.000 médecins et 12 millions de patients.

⁷ France Stratégie, Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France, Juin 2017, 68 pages

⁸ DREES, Etudes & Résultat – Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable, Janvier 2018, 2 pages

⁹ Alfonsina Faya-Robles, « La personne âgée « fragile » », Anthropologie & Santé [En ligne], 17 | 2018, mis en ligne le 12 novembre 2018, consulté le 10 janvier 2019.

Elle assure à l'ensemble des membres de son réseau une véritable prise en charge préventive : à titre d'illustration, près de 90% des membres de Kaiser Permanente maîtrisent leur tension artérielle via un programme de contrôle de l'hypertension.

Les dispositifs de soins intégrés répondent donc – au-delà de leurs champs d'intervention respectifs qui engendrent des objectifs spécifiques – à un **impératif de meilleure prise en charge des patients autour d'une coordination et d'une pluridisciplinarité effective, à une nécessité d'améliorer globalement l'état de santé de la population par l'intermédiaire de mesures préventives, et à des enjeux d'amélioration de l'efficience du système de santé.**

Une mise en place réussie d'un système d'intégration, quel qu'il soit, nécessite la définition de critères précis, à différents échelons. Plusieurs processus d'intégration se déploient à différents niveaux, dont découlent différentes dimensions de l'intégration :

- **L'intégration des soins, l'intégration de l'équipe clinique** (ou intégration médicale), **l'intégration fonctionnelle et l'intégration normative** « concernent l'interaction des acteurs (organisations) en situation d'interdépendance autour d'un objectif collectif »¹⁰ ;
- **L'intégration systémique**, quant à elle, « concerne les relations entre le système d'acteurs interdépendants et l'environnement général ».¹¹

A la lecture de ces éléments, il apparaît que, « même si « intégration » et « soins intégrés » sont souvent utilisés l'un pour l'autre, ils doivent pourtant être distingués : l'intégration sans la coordination des soins ne peut conduire aux soins intégrés ».¹²

De ces conceptions théoriques plurielles, découlent, d'un point de vue opérationnel, différents dispositifs d'intégration qui peuvent être déployés entre les différents types de professionnels et d'institutions :

- une intégration des acteurs de premier recours/première ligne (médecins et paramédicaux) ;
- une intégration **entre** les acteurs de premiers recours/première ligne **et** les structures médico-sociales ;
- une intégration entre les structures hospitalières et les acteurs de première ligne.

Outre les professionnels de santé au sens strict, le nombre d'intervenants auprès des personnes âgées et malades chroniques est très important. Il s'agit de soignants, de médecins, de travailleurs sociaux, mais aussi d'acteurs du quotidien auprès de ces personnes âgées ou fragiles. Cette multiplicité d'acteurs et de dispositifs fait de la communication interprofessionnelle une condition essentielle.

¹⁰ IUGM, Intégration des soins : Concepts et mise en œuvre, 13 pages

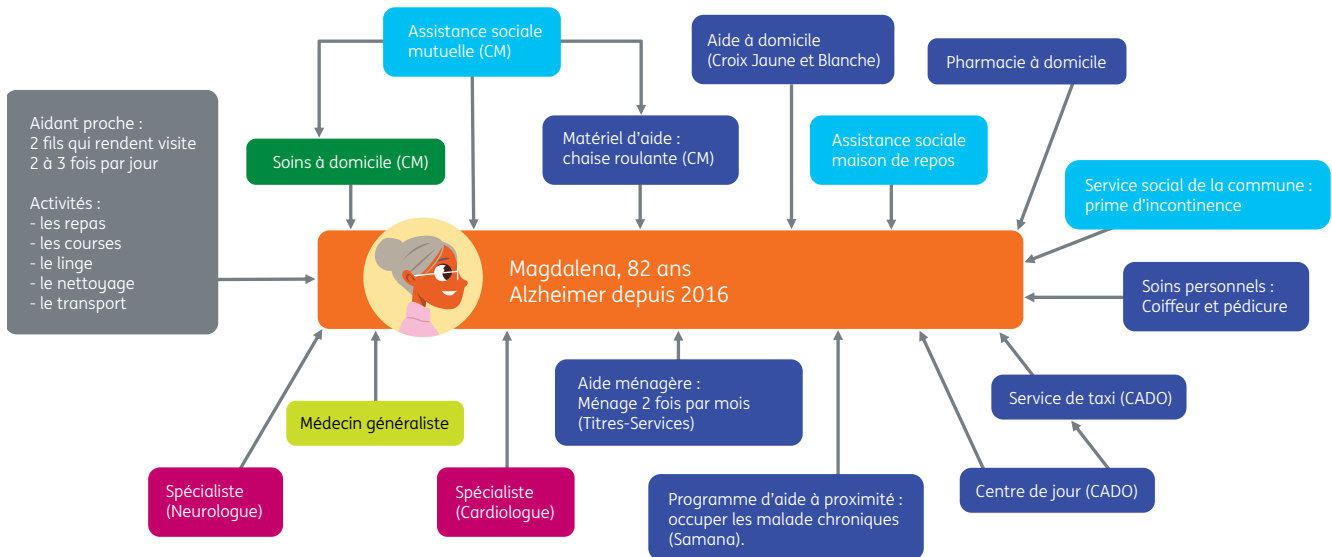
¹¹ Ibid.

¹² HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ? », Septembre 2014, 38 pages

Le cas de Magdalena

Il y a deux ans, Magdalena a été diagnostiquée comme étant atteinte de la maladie d'Alzheimer. Nous avons rencontré ses deux fils qui sont ses aidants proches. Magdalena reste plus ou moins autonome, grâce notamment à l'aide de ses fils, qui vivent à proximité immédiate de leur mère. Ces derniers envisagent toutefois de lui trouver une place en maison de repos dans le cas où sa situation s'aggraverait. Magdalena bénéficie d'un important soutien (assistance sociale, hôpital, home, etc.). Elle est prise en charge à Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel.

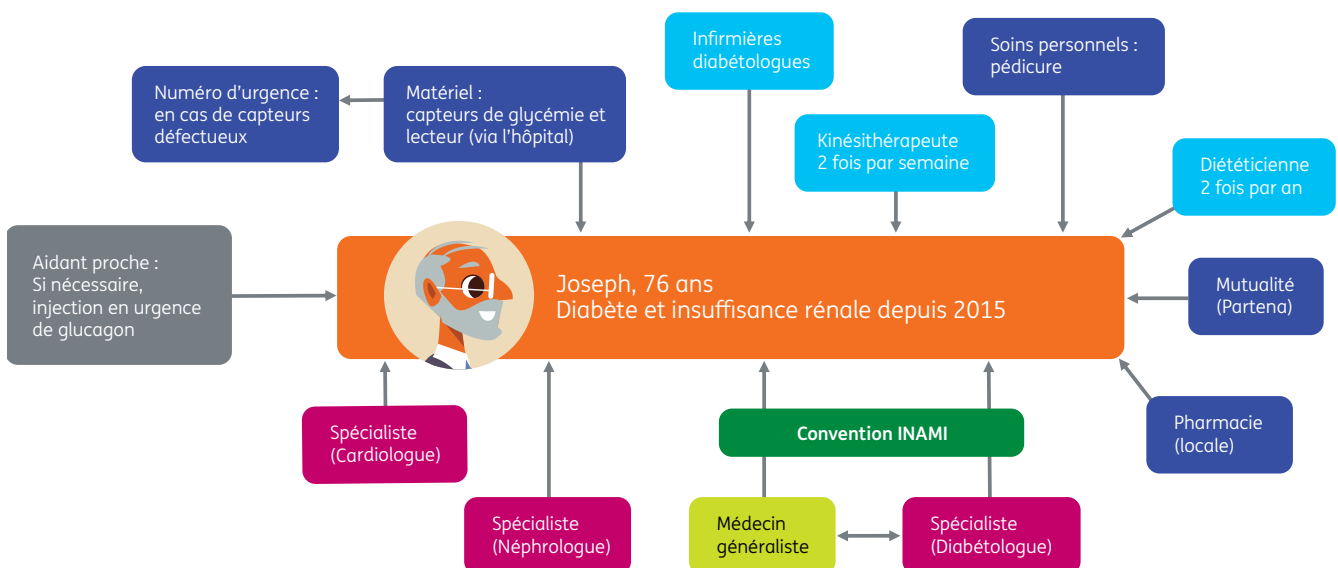
Figure 1 : Cartographie des contacts – patiente Alzheimer (sur la base d'un entretien réalisé par Antares Consulting)



Le cas de Joseph

Joseph souffre de diabète et d'insuffisance rénale. Il vit avec sa femme et est très autonome. Il bénéficie d'un suivi important de la part de son médecin mais ne fait l'objet d'aucun soin à domicile. Il se déplace pour avoir accès à l'ensemble des services qui lui sont nécessaires. Il est pris en charge au CHU de Charleroi, qui disposent de services développés en matière de diabétologie.

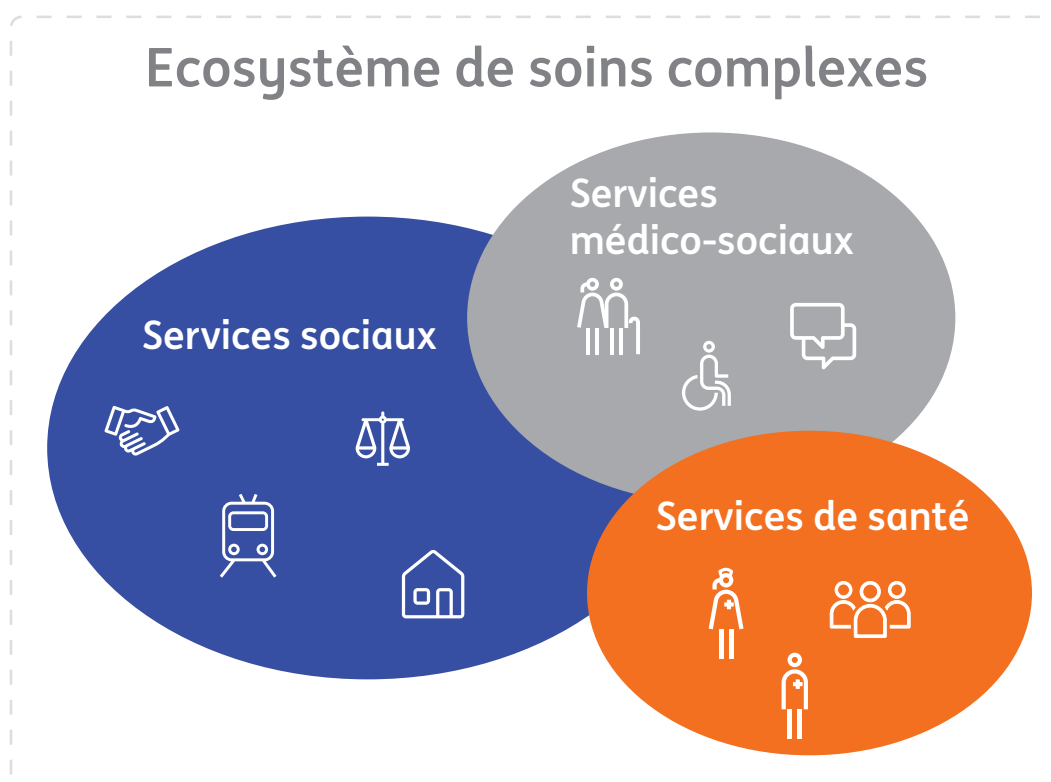
Figure 2 : Cartographie des contacts – Patient diabétique (sur la base d'un entretien réalisé par Antares Consulting)



Ces deux exemples illustrent un schéma assez répandu de prise en charge des patients polyopathologiques, âgés, chroniques et fragiles.

Pour l'ensemble des patients complexes, afin de traiter non seulement leur(s) pathologie(s), mais également leurs potentielles difficultés sociales, familiales, économiques ou de logement, un écosystème de leur prise en charge peut être représenté de la façon suivante :

Figure 3 : Ecosystème d'un patient complexe¹³



La fragmentation des différents intervenants médicaux, paramédicaux, sociaux, ou autres, est génératrice de problématiques importantes, parmi lesquelles une difficulté d'implication du patient ou des professionnels, une communication insuffisante à différents niveaux, une vision parcellaire des besoins du patient, des redondances, ou à l'inverse des manquements dans les interventions. De même, on constate parfois une dilution des responsabilités. Celle-ci ne s'apparente pas à une typologie d'acteur en particulier, mais concerne l'ensemble du projet de soins du patient. Ce phénomène s'accompagne souvent d'une absence de prévention des hospitalisations évitables.¹⁴

La notion de coordination est en effet un des points majeurs de l'intégration de soins, et mérite d'être au cœur des préoccupations. L'augmentation de la part des maladies chroniques et de la polymorbidité accentue la nécessité de déployer des équipes de prise en charge pluridisciplinaires. De cette interdisciplinarité doivent émerger des échanges entre les professionnels, concernant leurs patients, leurs pratiques, afin d'aboutir à une prise en charge complète.

Cette dernière doit même se matérialiser par la mise au point d'un parcours de soins, d'un plan personnalisé et individualisé, en concertation entre les professionnels, les patients et les aidants, et prenant en compte les spécificités de chaque patient, tout en permettant de faire avancer les pratiques et les connaissances des professionnels.

¹³ National Center for Complex Health and Social Needs, the Center for Health Care Strategies, and the Institute for Healthcare Improvement, Décembre 2018, Blueprint for complex care - The Complex Care Ecosystem.

¹⁴ Goodwin N, Alonso A, Understanding integrated care: the role of information and communication technology in Muller S, Meyer I, Kubitschke L (Eds) Beyond Silos: The way and how of eCare, IGI Global, 2014

Il convient également de préciser que « **dans certaines situations complexes, l'apport d'appuis ponctuels ne suffit pas à la coordination et à l'organisation des parcours : l'intervention d'une tierce personne (ou case manager) est nécessaire** pour assurer la coordination et le suivi de façon complémentaire, et en articulation avec l'équipe de soins de santé primaire »¹⁵.

L'intégration des soins suppose une continuité dans les soins et une importante personnalisation. Le « case manager », un acteur clé pour garantir l'intégration des soins.

Le « **case management** », qui puise ses origines en Amérique du Nord, connaît un développement de plus en plus intense ces dernières années. Il peut être défini comme une « démarche collaborative d'évaluation des besoins, de planification, de facilitation, de coordination des soins, d'évaluation et défense des intérêts, dont le but est de répondre aux besoins de santé complexes d'un individu par la communication, et grâce aux ressources disponibles avec un objectif d'efficacité et de qualité »¹⁶.

La recherche de solutions nouvelles, adaptées, globales, intersectorielles, s'oriente donc vers un système dit de « soins intégrés ».

En tout état de cause, quelle que soit son articulation, **un système de soins intégrés fait intervenir différentes composantes, propres à chaque dispositif, destinées à une prise en charge continue et globale.**

Les conditions pour un dispositif de soins intégrés :

- D'une part, comme évoqué précédemment, un système de soins intégrés nécessite de prodiguer aux patients des soins de manière continue, sans point de rupture. Ce premier volet suppose un véritable **décloisonnement** entre les différents services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, une **coordination** efficace de tous les intervenants, ainsi qu'une articulation simple de chaque dispositif.
- D'autre part, les prestations proposées doivent s'accompagner d'une **personnalisation par pathologie et par typologie de patients**. Centrée et modélisée sur les besoins de la population, l'intégration des soins impose d'individualiser le parcours : en fonction des besoins identifiés localement, des besoins identifiés pour différentes tranches d'âges. Elle suppose également que les soins réalisés soient en adéquation avec les besoins du patient.

De ce fait, le principe de **continuité des soins** occupe une place prédominante dans **l'intégration des soins**. Il existe différentes interprétations de la continuité des soins, et deux éléments sont essentiels (mais pas suffisants) pour qu'elle soit constatée : l'expérience vécue par le patient, et le suivi chronologique des soins.¹⁷ La continuité des soins implique une continuité de l'information, des relations avec les différents professionnels, et un parcours de soins cohérent. Le succès d'un trajet de soins et de cette continuité demande également une **contribution active** du patient.

L'intégration des soins et la continuité des soins sont deux systèmes qui se complètent. En d'autres termes, l'intégration des soins permet à un patient de recevoir des soins cohérents et adaptés, eu égard au patient lui-même et aux soins déjà reçus, pour une prise en charge rapide et efficace. Ce concept implique donc une absence de rupture dans les dispositifs de prise en charge, qui doit découler d'une concertation entre professionnels intervenant auprès du patient.

La continuité fait également référence à une **absence de rupture dans le temps**. La relation entre les deux concepts est ténue, et **le mécanisme d'intégration favorise la continuité des soins**.

¹⁵ HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire – Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? », Septembre 2014, 46 pages

¹⁶ Ibid.

¹⁷ CHSRF-FCRSS, Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins, Mars 2002, 54 pages

Les intérêts multiples de l'intégration des soins

La mise en place d'un système de soins intégrés et continus présente des intérêts multiples dans certaines situations spécifiques.

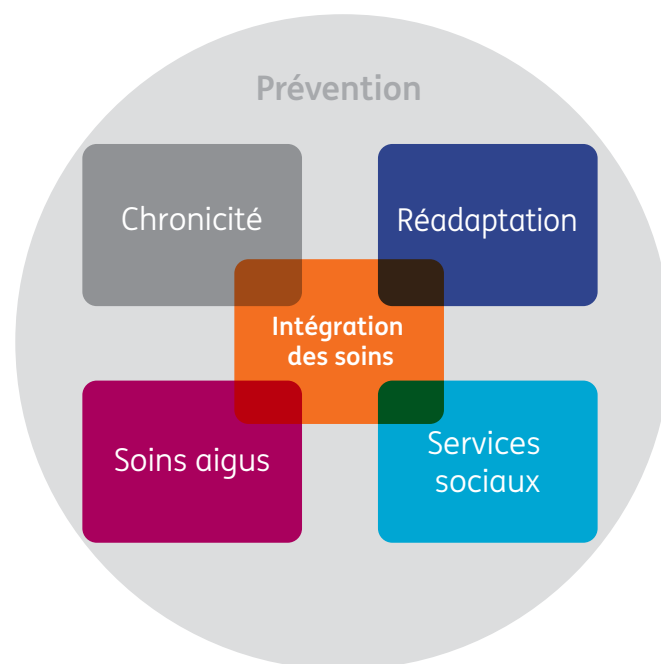
L'intégration des soins a notamment vocation à pallier le **manque de coordination** et la **discontinuité dans la prise en charge**, ainsi que les mauvais résultats cliniques ou expériences patients qui peuvent être rencontrés dans les systèmes de soins classiques.

Les patients âgés et fragiles présentent également des besoins de prise en charge complexes - liés, entre autres, aux maladies chroniques, à des fragilités de santé mentale, etc. - qu'un système de soins intégrés et continus peut couvrir.

De même, l'intégration des soins est le dispositif le mieux adapté dans l'hypothèse d'une prise en charge globale impliquant, au-delà d'un diagnostic et d'un traitement curatif, des actions de **prévention** et de **promotion** de la santé. Enfin, les soins intégrés ont pour objectif de répondre aux besoins de santé d'une typologie de population dans sa totalité, permettant ainsi de développer des prestations multiples.

Le schéma suivant illustre les 4 filières que l'intégration des soins a pour objectif de faire converger, et sur lesquels elle aura une influence. Il souligne le **caractère nécessairement permanent de la prévention, de la réadaptation, des services sociaux et de la filière traitant la chronicité** pour les patients chroniques, même en dehors des épisodes aigus. Lors de ces épisodes, l'intégration des soins intervient au niveau de ces différentes filières.

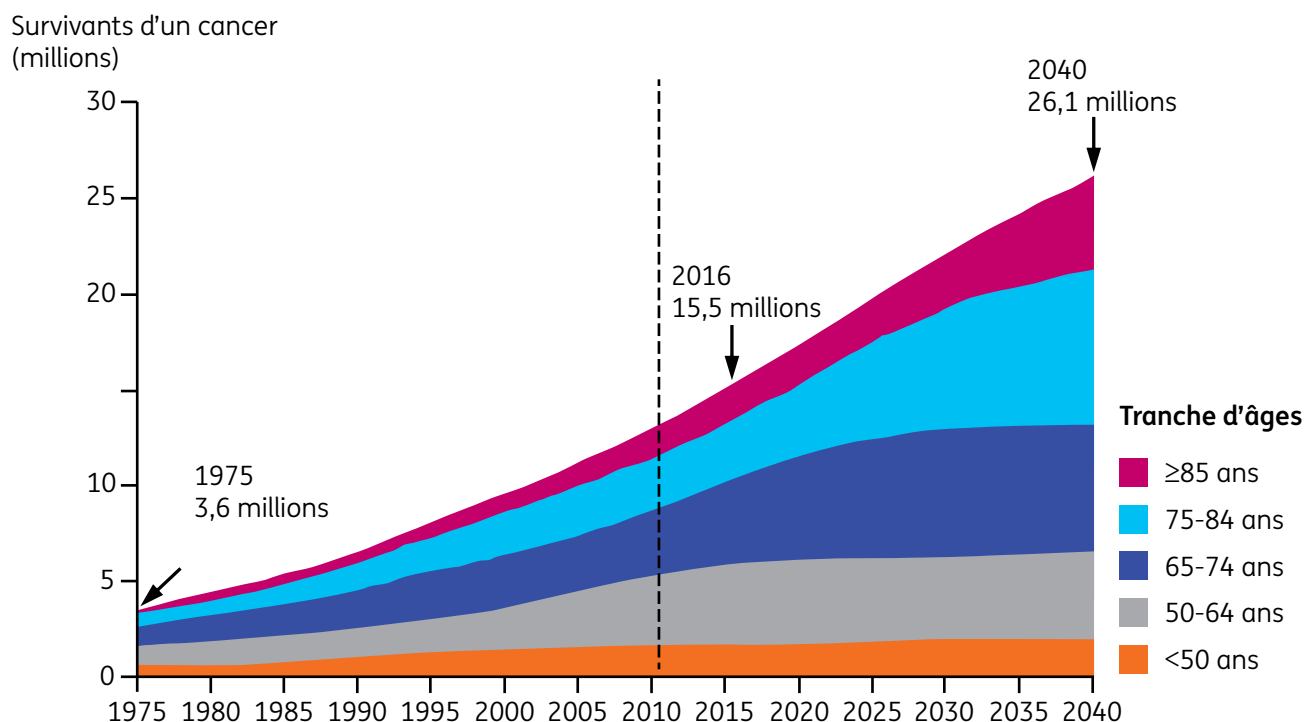
Figure 4 : Les 4 filières de l'intégration des soins



Rappelons qu'en raison de leur caractère spécifique, les soins en santé mentale n'entrent pas dans le périmètre de ce rapport.

Il est fort probable que l'impact du nouveau paradigme ne soit pas encore totalement connu, et que de nouveaux besoins et patients apparaîtront. Dans un récent article publié dans le *New England Journal of Medicine*, on a estimé la charge en soins des survivants d'un cancer : les personnes âgées de 75 ans représenteront quasiment la moitié de cette nouvelle demande. Le graphique suivant montre que le nombre de survivants du cancer aux Etats-Unis, répartis en différentes classes d'âge, était de 3,6 millions en 1975. Projeté en 2040, ce nombre atteindrait plus de 26 millions. On remarque une augmentation, quelle que soit la tranche d'âge, du nombre de survivants de cancers. La ligne verticale en pointillé au niveau de l'année 2011 indique l'année à laquelle les premiers babyboomers (nés entre 1946 et 1964) ont atteint l'âge de 65 ans.

Figure 5 : Nombre de survivants du cancer : évolution entre 1975 et 2010 et projection entre 2010 et 2040¹⁸



Dans l'intégration de soins, c'est la situation globale d'un patient qui crée le besoin de soins intégrés : les aspects médicaux et sociaux s'inscrivent alors dans des synergies et englobent une grande diversité de prestations.

Meilleure structuration des soins à domicile comme alternative à l'hospitalisation

Les systèmes de santé se tournent vers une meilleure structuration des soins à domicile. Ainsi, le patient peut bénéficier d'un maximum de soins tout en évitant une hospitalisation classique et les risques qu'elle peut comporter pour une population fragile, comme les personnes âgées par exemple. La mise en place d'un système de soins intégrés et de dispositifs spécifiques a vocation à éviter les actes redondants ou inutiles, qui ont lieu souvent en raison de l'absence d'une bonne coordination entre les professionnels de santé. A des fins d'efficacité de la prise en charge, il est important d'**identifier les patients à risque** et de **fournir des soins ciblés**. Les patients présentant des risques élevés doivent rapidement être identifiés afin d'éviter dans la mesure du possible une prise en charge tardive, qui engendrerait des hospitalisations, un taux de réadmission élevé, une occupation inadéquate de lit aigu, entre autres, et donc une expérience négative pour le patient. Une intervention au bon moment permet de proposer les soins les plus appropriés au patient, matérialisés dans un plan d'action ciblé de l'équipe, dont **la coordination joue un rôle central**.

Une étude scientifique réalisée au Canada sur l'impact de la « mise en œuvre d'un réseau intégré de prévention et de gestion du risque cardio-métabolique en première ligne à Montréal » démontre « une augmentation significative de la proportion des patients atteignant les différentes cibles cliniques »¹⁹ au terme de douze mois de suivi et de participation active de la part des patients.

Pour conclure, « même dans un contexte où les services médicaux de première ligne ne sont pas complètement intégrés aux autres services publics de santé, ce programme possède le potentiel d'une intégration réussie des services de prévention et de gestion des maladies chroniques ».²⁰

¹⁸ N Engl J Med, Bluethmann et al.1, IN Charles L. Shapiro, Cancer Survivorship, 20 Décembre 2018

¹⁹ Sylvie Provost, Raynald Pineault, Dominique Grimard, José Pérez, Michel Fournier, Yves Lévesque, Johanne Desforges, Pierre Tousignant, et Roxane Borgès Da Silva, Mise en œuvre d'un réseau intégré de prévention et de gestion du risque cardiometabolique en première ligne à Montréal : une plus grande coordination des soins avec les médecins de première ligne a-t-elle un impact sur les résultats de santé ?, PSPMC: Volume 37-4, avril 2017

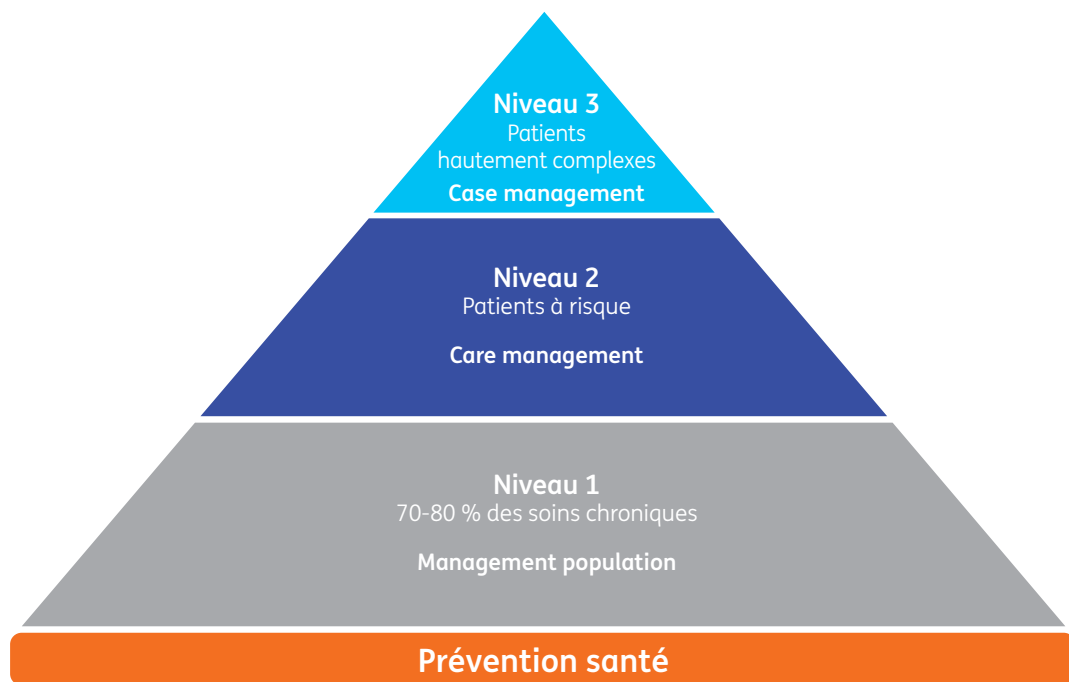
²⁰ Ibid.

Ces dernières années ont vu se multiplier de nombreuses initiatives d'intégration des soins. L'organisation Kaiser Permanente aux Etats-Unis, déjà citée plus haut, en est un exemple. Celle-ci repose sur un modèle d'organisation médicale qui permet de concilier qualité de suivi des patients souffrant d'affections chroniques, concordance des pratiques médicales et efficience économique.

Le modèle de Kaiser Permanente repose sur une stratification du risque en trois niveaux, et incluant la médecine préventive, comme le montre le schéma suivant.

Kaiser Permanente : 3 niveaux de risque

Figure 6 : La stratification des risques dans le système d'intégration des soins Kaiser Permanente



Le niveau 3 est destiné aux patients hautement complexes, développant plusieurs maladies chroniques (multi morbidité). La gestion de leur santé est beaucoup plus complexe et difficile, pour eux mais également pour le système de protection sociale. Ils nécessitent une approche et une gestion particulière.

Le niveau 2 correspond aux patients à risque, et se base sur le travail d'équipes pluridisciplinaires offrant des prestations de haute qualité aux patients, ce qui signifie un management proactif et un suivi des protocoles établis pour la gestion de maladies spécifiques.

Le niveau 1, destiné au reste des patients, consiste à intégrer le patient comme partenaire de soins dans la gestion de sa maladie. Entre 70% et 80% des symptômes diagnostiqués sont traités sans que le patient ne sollicite le système de soins.



2. Modèles d'intégration de soins en Belgique

Nous avons retenu pour notre analyse deux types de projets pilotes. D'une part, ceux dédiés au déploiement de solutions intégrées pour les patients chroniques, et d'autre part ceux consacrés à l'e-santé.

Évaluation des projets pilotes « soins intégrés en faveur des malades chroniques »²¹

En 2016, la ministre fédérale de la Santé a retenu douze projets pilotes proposant des soins intégrés en faveur des malades chroniques. Six sont déployés en Flandre, cinq en Wallonie et un à Bruxelles. Chacun représente une approche différente de la prise en charge des patients chroniques.

Projet	Description	Province/ville
BOOST	Better Offer and Organization thanks to the Support of a Tripod Model	Bruxelles
CHRONILUX	Prise en charge globale des personnes présentant un syndrome métabolique et ses conséquences	Luxembourg
RÉLIAN	Réseau Liégeois Intégré pour une Autonomie Nouvelle	Liège (Liège et Seraing)
3C4H	Chronic Care and Cure for Health	Liège (Liège, Huy et Waremmes)
RésiNam	Projet Soins Intégrés Malades Chroniques du Grand Namur sur le Cumul des Fragilités	Namur (Namur, Profondville)
PACT	Plan d'Accompagnement Concerté Transversal : Dispositif interdisciplinaire de prise en charge des patients souffrant d'une maladie chronique dans la région du Centre	Hainaut (La Louvière, Morlanwez, Binche)
Empact !	Mise en place d'équipes de soins pour les patients chroniques en 3 phases, en fonction du niveau de gravité de la condition	Flandre Occidentale (Poperinge, Ypres, Tielt, Diksmuide et Roeselare)
DE BRUG	Constitution d'une chaîne de soins, de diagnostic, de traitement et d'accompagnement	Flandre Occidentale (Courtrai, Kurne, Harelbeke et Menin)
De Koepel	Création d'un parcours de soins avec des lignes de conduite générales autour de la communication et des échanges entre acteurs	Flandre Occidentale (Torhout, Ostende et Furnes)
Kwetsbaarheid en (kans) armoede	Focus sur les soins dispensés aux malades chroniques qui souffrent d'une vulnérabilité spécifique due à la pauvreté et/ou à l'exclusion sociale	Brabant Flamand (Tirlemont et Landen)
ZorgZaam Leuven	Projet au long cours de transformation du paysage de soins des maladies chroniques de la région	Louvain
Continuité des soins et « empowerment » du malade chronique au Pays de Waes	Triple objectif : information du patient, utilisation maximale des ressources sociales disponibles et assurer la continuité des soins	Flandre orientale (Saint-Nicolas, Beveren, Saint-Gilles Waes et Tamise)

²¹ Site : <https://www.integreo.be/fr/pres-de-chez-vous>

Il nous a semblé intéressant de développer ici quelques-uns de ces projets pilotes :

1. CHRONILUX

Le projet CHRONILUX s'adresse en particulier aux patients présentant un syndrome métabolique, soit un ensemble de signes physiologiques qui augmentent le risque de diabète, de maladies cardiovasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux.

3 axes d'actions pour réduire l'incidence du syndrome métabolique et ses complications :

- axe 1 : Amener le bénéficiaire à devenir acteur de sa santé.
Mise en place d'un réseau de professionnels prêts à accompagner le bénéficiaire afin qu'il adopte un rôle actif dans sa prise en charge, au travers notamment d'actions d'éducation thérapeutique. Identification des besoins du bénéficiaire et propositions de solutions personnalisées.
- axe 2 : Soutenir les professionnels et les organisations liées aux soins intégrés.
Accompagnement du changement vers la philosophie des soins intégrés, au moyen d'échanges interdisciplinaires, de formations, de sensibilisation au réseau. Aide aux parties prenantes à mieux comprendre leur rôle et les avantages d'un modèle multidisciplinaire.
- axe 3 : Réaliser la proactivité des soins et la prévention.
Détection et prévention des complications pour des malades chroniques, et identification des personnes à haut risque, qui seront invitées à bénéficier des actions de l'axe 1.

Chronilux est déployé sur le territoire le plus rural du pays, la province du Luxembourg, où certaines zones manquent d'associations de patients et de professionnels de santé. Un modèle multidisciplinaire intégré est nécessaire pour une prise en charge globale sur le long terme.

Chronilux a d'ores et déjà permis la sensibilisation des professionnels aux réformes en cours dans le domaine de la santé et aux enjeux d'aujourd'hui : transformation des missions, numérisation, etc. La démarche et le partage d'informations ont accompagné la réflexion et accéléré la dynamique.

Publics cibles :

- la population en bonne santé de la province de Luxembourg,
- les personnes potentiellement exposées au syndrome métabolique, du fait de leur surpoids, glycémie élevée, hypertension, dyslipidémie et tabagisme,
- les personnes souffrant des conséquences du syndrome métabolique telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires au sens large dont l'AVC, l'infarctus, certaines rétinopathies, certaines néphropathies et plaies spécifiques.

2. Projet RÉLIAN (Réseau Liégeois Intégré pour une Autonomie Nouvelle)

« Vers un réseau structuré permettant au patient chronique de développer des stratégies en vue d'agir sur son autonomie globale (la restaurer, la maintenir) via un parcours de soins de qualité ».

Le projet consiste en une prise en charge inter- voire transdisciplinaire, intégrée, continue et accessible, personnalisée en fonction du patient. Elle prend en compte sa réalité, ses besoins, ses choix, ses priorités, ses capacités et est adaptée à ses dimensions socio-économiques et culturelles, physiologiques et psychologiques. L'accompagnement est réalisé en collaboration avec le patient en tant que pilote, son entourage, ses aidants proches. Le projet offre la possibilité d'un accompagnement du patient dans le cadre de l'auto-soin et de l'auto-gestion, et vise un soutien au domicile ainsi qu'un accompagnement dans les lieux de vie et de soins.

Le projet couvre les communes de Liège et Seraing, soit environ 260.000 habitants en zone urbaine, présentant de nombreux indicateurs de précarité : taux important de BIM, faible niveau d'instruction, faible taux d'emploi. Cette précarité les expose davantage aux affections chroniques et à leurs complications.

Le projet poursuit 6 objectifs stratégiques :

- organiser le réseau de façon intégrée, faciliter son utilisation grâce à une interface d'appui territoriale
- favoriser la qualité et la continuité des soins par un parcours d'aide et de soins intégrés
- développer l'empowerment des patients
- favoriser le soutien à domicile et aux aidants proches
- favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes d'affections chroniques
- soutenir les actions locales de prévention et de promotion de la santé, en lien avec les affections chroniques

Avec une réduction des coûts de 1 à 2 % des groupes de prestations visés, les gains d'efficience sont estimés à 1.748.411 euros. Des « quick-wins » sont attendus grâce à l'utilisation de l'outil STOPP/START et des projets mobile-health. A plus long terme, les gains pourront venir du case-management, de l'éducation thérapeutique du patient et des actions de prévention. Le projet RÉLIAN a également établi une collaboration avec le projet 3C4H.

Public cible :

patients avec multi morbidité, et plus particulièrement l'association d'affections chroniques somatiques et psychiques, entre 21.790 et 24.634 personnes. Le projet permettra aux personnes qui n'entrent pas dans les critères d'inclusion de bénéficier d'actions de prévention. Concrètement, les personnes considérées présentent au moins deux affections chroniques, (en 2014, 53.080 personnes, soit 20,42% de la population affiliée à une mutuelle sur la zone).

²² Site: <https://www.integreo.be/fr/node/103>

3. Continuité des soins et « empowerment » du malade chronique au pays de Waes

Le projet repose sur les trois piliers suivants :

- l'investissement dans l'information des patients et des intervenants de proximité, l'importance des soins autonomes et de la prévention ;
- l'utilisation des ressources sociales disponibles en renforçant les soins de proximité et les soins autonomes, en différenciant l'offre de soins en fonction des besoins constatés et de la capacité restante en matière de soins autonomes du système client ;
- la continuité des soins et l'optimisation du flux d'informations entre toutes les personnes impliquées.

Le projet nécessite la manifestation d'un **engagement dans les soins par le patient**, les intervenants de proximité et les prestataires de soins professionnels. En partant des besoins et des objectifs du patient, identifiés via une échelle de détection (le BelRAI et le BelRAI Screener), un plan de soins et de vie à la mesure du patient est établi.

Son objectif est de répartir les patients en deux groupes : les personnes qui peuvent être aidées par une offre de « gestion de soi », et celles à qui est proposée une offre de « case management ».

- **Soins autonomes et gestion de soi** : cette aide est proposée aux patients peu dépendants aux soins. Pour ces personnes la prévention joue un rôle important. Celle-ci se concentre sur : l'usage judicieux des médicaments, l'exercice physique et une alimentation équilibrée, mais aussi la prévention des chutes. Les objectifs sont convenus entre les prestataires de soins et le patient et font l'objet d'un suivi régulier. Pour ce groupe, une équipe de soins et un coordinateur de soins suffisent le plus souvent.
- **« Case management »** : proposée à un groupe de patients très dépendants en matière de soins, éligibles à une admission en centre de soins résidentiels ou en maison de repos, mais qui n'ont pas encore intégré ces structures pour des raisons diverses. Si la complexité des soins le requiert ou en cas de survenue d'une situation critique, un « case manager » est nommé : il s'agit d'un professionnel de santé extérieur à l'équipe de soins régulière, qui joue le rôle de coordinateur de l'ensemble de l'organisation des soins. L'objectif est de réduire ce groupe à 5 % maximum des malades chroniques du territoire.

Le programme a également vocation à assurer la **continuité des soins** : pour aligner les soins professionnels entre eux, et sur les soins prodigués par l'intervenant de proximité, le projet harmonise la disponibilité des professionnels de santé (infirmiers, aides-soignants...) qui se rendent au domicile du patient, et les rationalise dans le temps. Le projet est fondé sur un meilleur flux de communication, qui doit aussi intégrer le patient. Le projet a pour objectif la mise en place d'un dossier médical électronique, partagé par les instances de première ligne concernées, les services de deuxième ligne (les hôpitaux) et le patient lui-même.

Public cible :

Patients ayant le statut « affection chronique » ; le statut MAF (maximum à facturer) ou concernés par la polypharmacie (5 médicaments ou plus par jour). En complément, la phase suivante consistera à détecter des personnes dépendantes des soins qui n'ont pas ou peu accès au système des soins.



Évaluation des projets pilotes Mobile Health (m-health)

Les projets Mobile Health portent sur des applications digitales (matériel et logiciel), qui permettent au patient et à son entourage, ainsi qu'aux différents dispensateurs de soins de collecter, visualiser, partager et utiliser efficacement, de manière permanente, des informations sur la santé et le bien-être.

Au niveau national, le Plan santé crée, pour 2019, un cadre pour intégrer les applications de Mobile Health, en tenant compte d'aspects qualitatifs, juridiques, financiers et organisationnels. Un appel à projets a été adressé aux acteurs de soins disposés à travailler avec une application mobile : 98 propositions ont été introduites. Les 24 projets sélectionnés seront des projets pilotes pour l'intégration des applications Mobile Health dans les soins de santé réguliers. Les 4 premières applications ont été validées le 25 janvier 2019²³.

Domaines de soins des 24 projets retenus

Neurovasculaire (stroke)	2
Diabète	3
Douleurs chroniques	2
Santé mentale	3
Affections cardiovasculaires	8
Combinaison de domaines de soins précités	3
Autres domaines de soins (oncologie, apnée du sommeil et BPCO)	3

Ces différents projets sont en cours d'évaluation par le régulateur. Les conclusions de cette évaluation serviront à déterminer lesquels de ces projets pourront être développés à grande échelle en Belgique.

²³ Source : M Health Belgique



3. Données clés sur le plan international et en Belgique

Après avoir introduit la notion d'intégration des soins, ce rapport propose une présentation des données clés pour un échantillon de pays européens, dont les caractéristiques présentent d'importantes similitudes avec la Belgique.

Les pays sélectionnés présentent les caractéristiques suivantes :

- pays comparables à la Belgique sur le plan socio-économique, ayant des enjeux liés à la santé similaires aux nôtres
- pays qui ont implanté des réformes dans le secteur hospitalier
- pays reconnus pour le niveau de performance de leur système de soins
- pays reconnus pour le niveau d'innovation de leur système de soins

Ces pays sont les suivants : l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, la France, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse.

Procéder à une analyse comparée de la Belgique avec d'autres pays nous semble être la meilleure manière d'ouvrir le débat, d'alimenter la réflexion et d'envisager de nouvelles perspectives pour le système de santé belge.

Dans la suite de ce chapitre, nous présenterons quelques données clés illustrant les caractéristiques du système de santé belge et permettant d'identifier des pistes pour la gestion efficiente des séjours hospitaliers.

Ces données sont structurées autour de trois grands sujets :

- les dépenses de soins de santé de longue durée
- les formes de prise en charge pour les soins de santé de longue durée
- l'offre et le personnel

La comparaison avec d'autres pays aux caractéristiques similaires favorise la mise en évidence des données clés du système de santé belge.

Les dépenses de soins de santé de longue durée

Il apparaît que l'intégration de soins porte principalement sur la faible proportion de patients, située autour de 5 %, qui consomment et engendrent la grande majorité des dépenses de santé, entre 50 et 60 % des dépenses, et particulièrement les patients chroniques présentant un certain niveau de risque, d'autant plus lorsqu'ils sont pris en charge au sein de services inappropriés. Les spécificités de leurs pathologies chroniques, ou liées au grand âge, induisent des coûts élevés pour le système de santé sur le plan financier, humain ou matériel. En outre, leur prise en charge dans des lits aigus ne semble pas être la plus adaptée à leurs pathologies.

Un examen systématique des caractéristiques des patients dont la prise en charge engendre des coûts élevés, et de l'utilisation des soins de santé par ces patients a été effectué par des professeurs aux Pays-Bas. Il résulte de cette étude quatre catégories principales de patients pour lesquels les coûts de santé s'avèrent particulièrement élevés.

Ces coûts sont occasionnés de différentes manières selon quatre typologies de patients :

- Patients dans leur dernière année de vie ;
- Patients ayant connu un événement de santé important et retrouvant un état de santé stable (patients épisodiquement coûteux) ;
- Patients souffrant de maladie mentale ;
- Patients présentant des coûts élevés persistants caractérisés par des affections chroniques, des limitations fonctionnelles et un âge avancé.

Toutefois, les résultats de cette étude sont à relativiser, dans la mesure où plusieurs études montrent que finalement, ce ne sont pas les patients qui coûtent le plus cher en proportion et en volume : aux Etats-Unis par exemple, en 2011, il a été estimé que parmi les patients qui engendrent les plus importantes dépenses de santé, seuls 11% étaient en réalité dans leur dernière année de vie, et approximativement 13% de l'ensemble des dépenses de santé du pays sont dédiées aux personnes se trouvant dans leur dernière année de vie²⁴.

La Belgique occupe une position moyenne par rapport aux dépenses de soins de longue durée, qui atteignent 2,2% du PIB.

Figure 7 : Dépenses de soins de longue durée en pourcentage du PIB, 2016²⁵

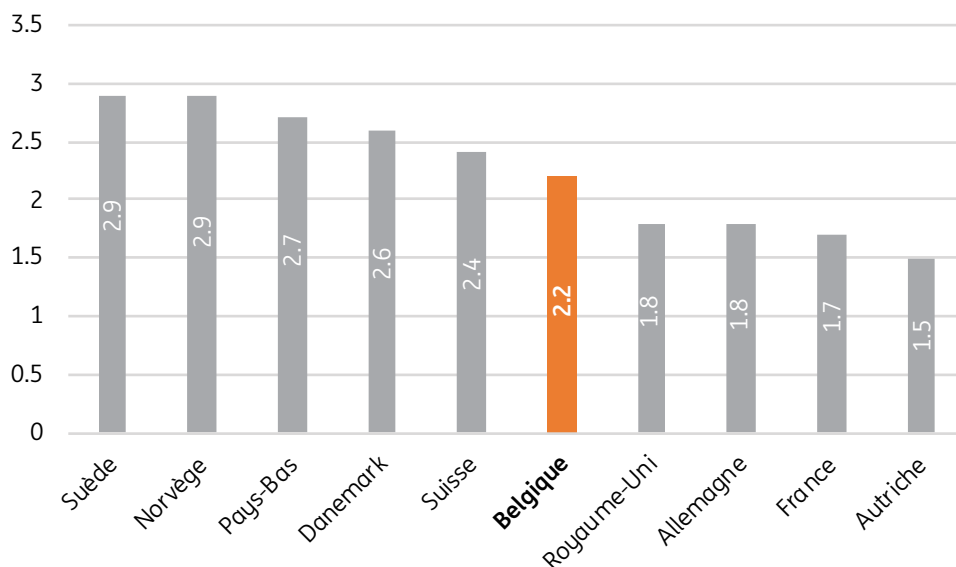
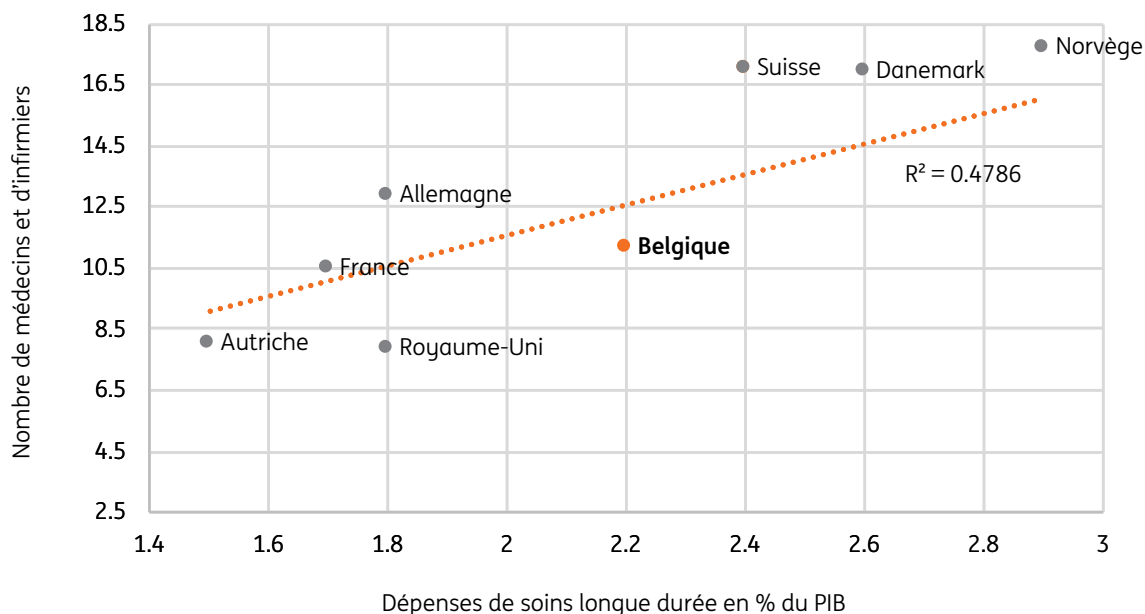


Figure 8 : Corrélation dépenses de soins de longue durée en % du PIB et nombre d'infirmières pour 1.000 habitants²⁶



Bien que la Belgique compte un nombre d'infirmiers relativement faible par rapport au groupe de pays retenus, ses dépenses, en pourcentage du PIB, pour les soins de longue durée se situent dans la moyenne.

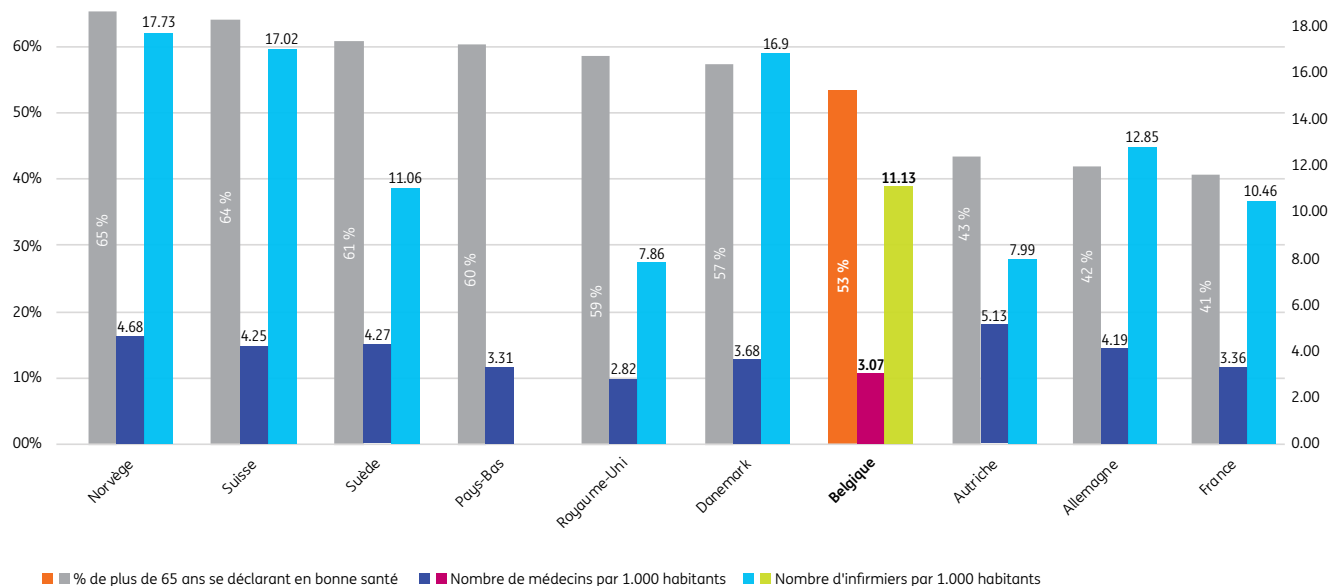
²⁴ Melissa D. Aldrige et Amy S Kelley, The Myth Regarding the High Cost of End-of-Life Care, Décembre 2015. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4638261/>

²⁵ Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017

²⁶ Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017

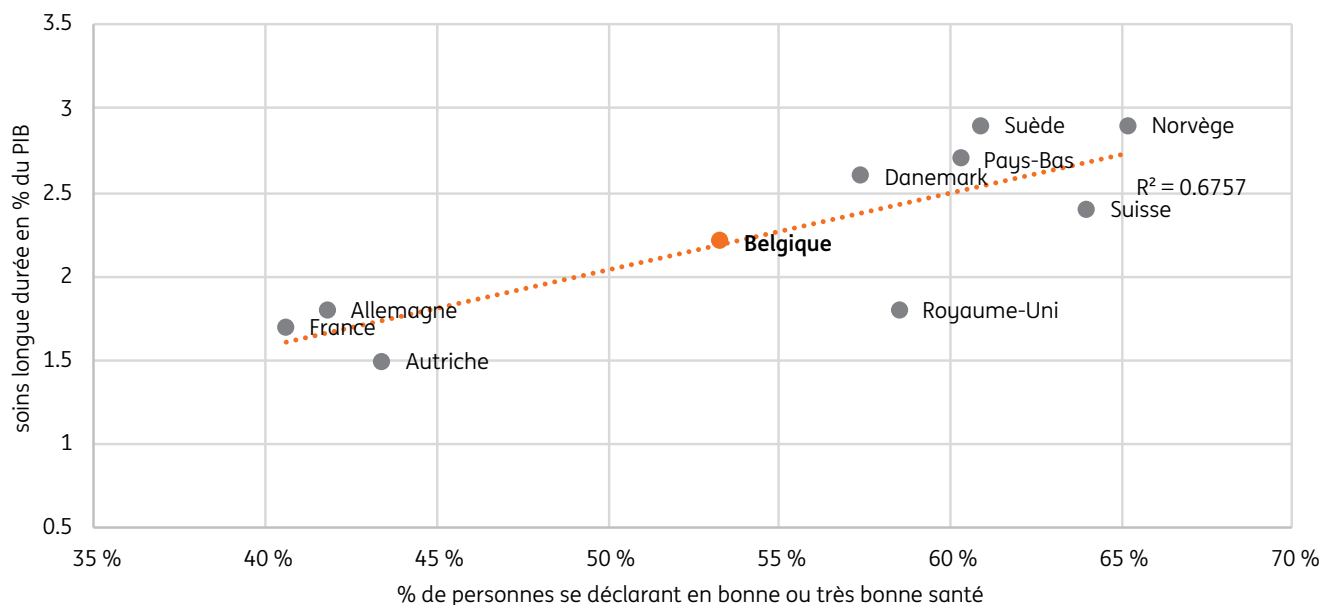
En Belgique, 53% des personnes âgées se déclarent en bonne santé. Ce niveau est bien plus important dans les pays nordiques, aux Pays-Bas et en Suisse.

Figure 9 : Population âgée de 65 ans et plus se déclarant en bonne santé, 2017 (ou dernière année disponible) mis en relation avec le nombre de médecins et d'infirmiers pour 1.000 habitants²⁷



On peut voir une corrélation entre la perception de bonne santé qu'ont les personnes âgées et les dépenses de soins de longue durée, comme l'illustre la Figure 10 ci-dessous.

Figure 10 : Corrélation entre bonne santé perçue et dépenses de soins de longue durée²⁸



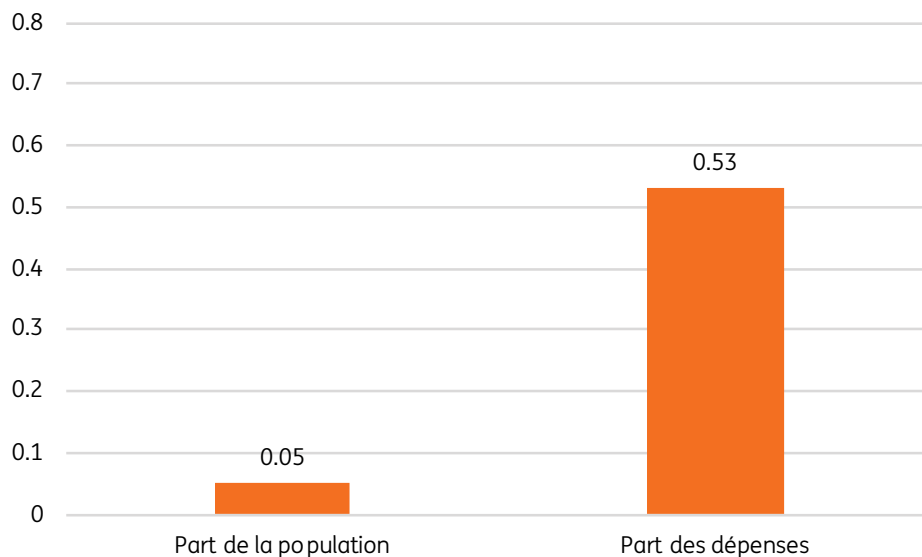
Grâce à l'exhaustivité des données en sa possession, l'Agence Intermutualiste (AIM) belge peut mesurer avec précision la concentration des dépenses de soins de santé au sein de l'ensemble de la population belge. Dans le périodique trimestriel de la Mutualité Chrétienne de juin 2015, la concentration des dépenses de soins de santé a été mise en évidence à l'aide des données de prestations 2012 qui ont été rassemblées et exploitées. Dans la figure 11 ci-dessous, diverses courbes de concentration afférentes à l'ensemble des soins de santé prestés en 2012, pour l'ensemble des assurés sociaux belges, ont été tracées. Dans cet exemple, nous avons affaire à des données exhaustives pour tout le pays.

²⁷ Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017

²⁸ Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017

Nous pouvons observer une très grande concentration des dépenses de santé : 5 % de la population est à l'origine de près de 53 % des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé. Qui trouvons-nous dans ces 5 % ? Des personnes âgées, des personnes en fin de vie, des personnes suivant des traitements médicaux lourds, mais également des patients souffrant de maladies chroniques.

Figure 11 : Concentration des dépenses de soins de santé en Belgique²⁹



Les maladies chroniques sont définies par l'OMS comme « des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancers, affections respiratoires chroniques, diabète, etc.) sont la toute première cause de mortalité dans le monde. Parmi les 36 millions de personnes décédées de maladies chroniques en 2008, 29% étaient âgées de 60 ans et la moitié étaient des femmes »³⁰.

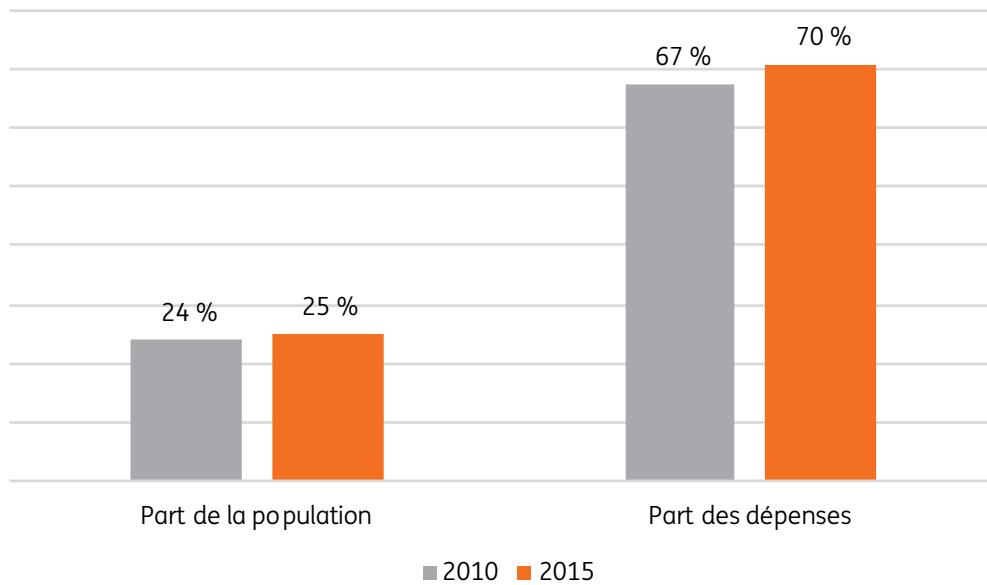
Une étude réalisée en mars 2018 par les Mutualités Libres, sur base des données de leurs affiliés, et portant plus spécifiquement sur 24 maladies chroniques, montre que les patients atteints de ces pathologies représentent 25% de la population belge et 70% des dépenses totales de santé. En effet, entre 2010 et 2015, la part des personnes de l'échantillon considéré atteintes d'une des pathologies chroniques étudiées est passée de 23,7 % à 24,8 % tandis que leurs dépenses de soins de santé ont augmenté de 67,4 % à 70,4 %³¹.

²⁹ Source : Concentration des dépenses de soins de santé : mise en évidence à l'aide des données de l'AIM, Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, juin 2015 (donnée 2012)

³⁰ OMS, Thème de Santé – Maladies Chroniques. Disponible : https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

³¹ Mutualités libres, Envol du coût des maladies chroniques, Mars 2018

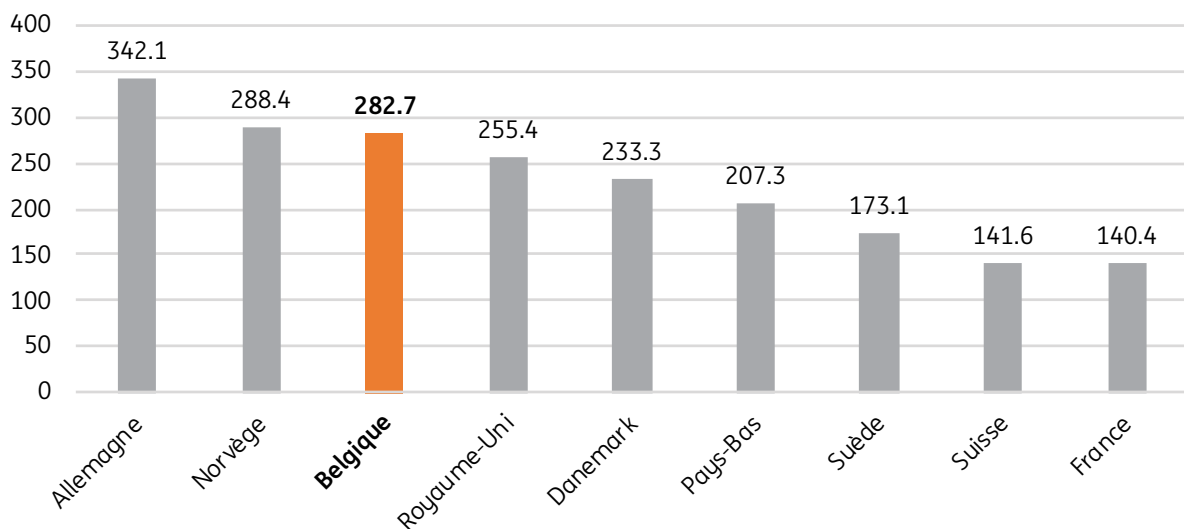
Figure 12 : Part des personnes atteintes de pathologies chroniques et leurs dépenses de soins de santé, évolution de 2010 à 2015 en Belgique³²



Deux des pathologies chroniques prévalentes en hospitalisation, sont la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et le diabète. Le nombre d'admissions dans les services aigus pour ces 2 pathologies est illustré dans les figures 13 et 14.

La Belgique se situe dans la moyenne supérieure dans les 2 cas.

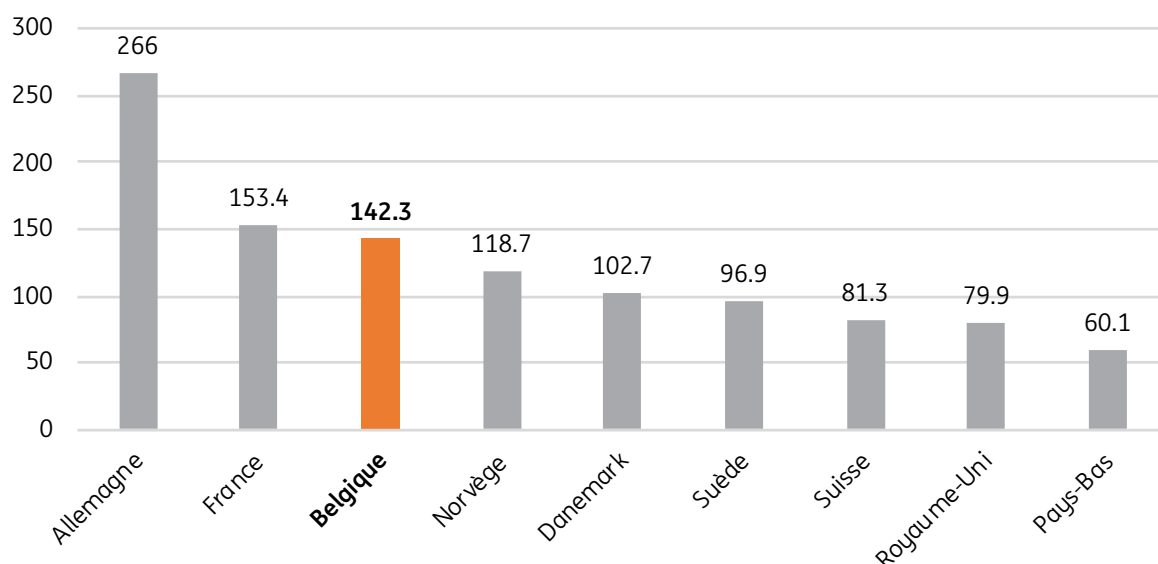
Figure 13 : Nombre d'admissions dans des services aigus pour 100 000 habitants, BPCO, 2016³³



³² Source : Envol du coût des maladies chroniques; Mutualités libres, Mars 2018

³³ Source : Eurostat, ECHI - European Core Health Indicators, 2018

Figure 14 : Nombre d'admissions dans des services aigus pour 100 000 habitants, Diabète, 2016³⁴



Les hospitalisations pour ces pathologies sont potentiellement évitables. Il a été démontré qu'une meilleure prise en charge de ces patients permettrait de réduire les risques d'hospitalisation.

Les personnes âgées fragiles représentent à elles seules 43,8% des dépenses évitables³⁵. Ces dépenses évitables sont particulièrement élevées en ce qui concerne l'insuffisance cardiaque, la pneumonie, la maladie pulmonaire obstructive chronique (l'asthme) et les infections des voies urinaires.

L'importance, voire l'augmentation du coût des soins de santé pour les patients chroniques est un phénomène international : le coût (direct) de trois des principales maladies chroniques représentent 27% des coûts du système de santé européen.

Tableau 1 : Coût direct de trois des principales maladies chroniques – Belgique/Union Européenne (OCDE 2017)³⁶

	UE		Belgique
	Min	Max	
Maladies cardiovasculaires	8	13,7	5,7
Maladies respiratoires chroniques	4	6,1	6
Diabète (type 2)	4,8	7,3	7,1
Total	16,8	27,1	18,8

L'analyse des dépenses de santé par type de services fait apparaître que les dépenses liées aux hospitalisations classiques sont particulièrement élevées en Belgique, comparativement à la moyenne européenne. Dans le même ordre d'idées, la proportion de soins ambulatoires et des dépenses y afférent est très faible en Belgique.

³⁴ Source : Eurostat, ECHI - European Core Health Indicators, 2018

³⁵ Wammes JJG, van der Wees PJ, Tanke MAC, et al. Systematic review of high-cost patients' characteristics and healthcare utilisation. *BMJ Open* 2018

³⁶ (1) Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, Leal J, Luengo-Fernandez R, et al. *European Cardiovascular Disease Statistics*. Brussels: European Heart Network

(2) Eurostat. HEDIC: Health Expenditures by Diseases and Conditions. Luxembourg : Publications Office of the European Union; 2016

(3) Luengo-fernandez R, Leal J, Gray A, Sullivan R. Economic burden of cancer across the European Union : a population-based cost analysis. *Lancet Oncol [Internet]*. Elsevier Ltd ; 2013;14(12):1165-74

Tableau 2: Dépenses dans le système de santé par type de service en volume, 2016³⁷

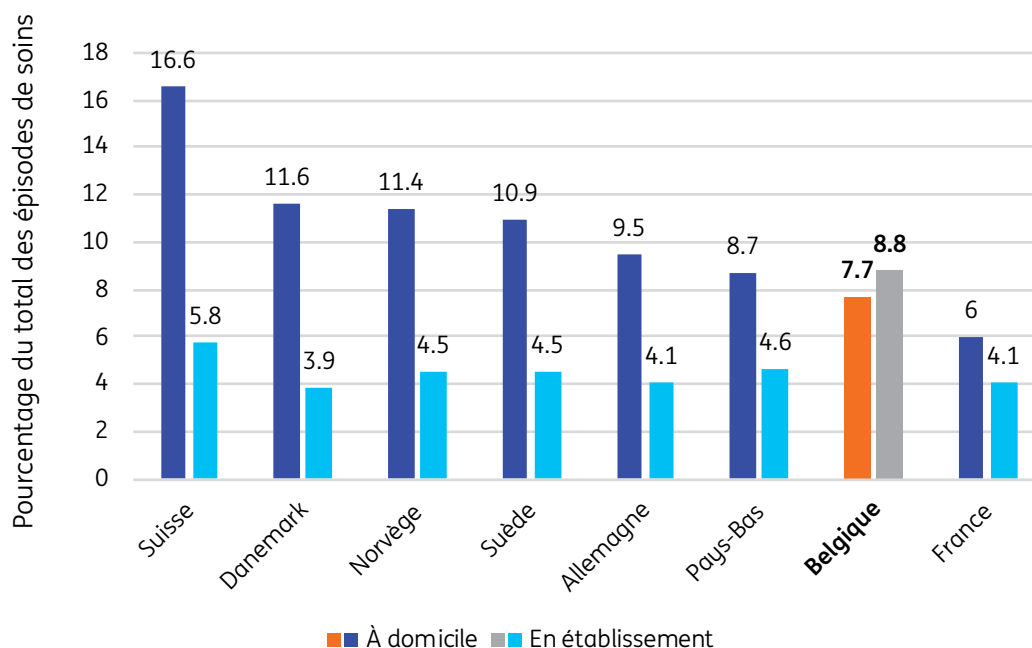
	Hospitalisation classique	Soins ambulatoires et hôpital de jour	Soins (de santé) de longue durée	Labo, image, pharma, ...	Soins préventifs
Belgique	29,00 %	21,40 %	21,50 %	25,80 %	2,40 %
Moyenne	25,40 %	28,50 %	20,90 %	22,20 %	3,00 %

Concernant les dépenses de soins de longue durée - incluant les séjours dans les MR, MRS et centres de jours ainsi que les soins à domicile - la Belgique se situe dans la moyenne par rapport à notre échantillon de référence.

Les formes de prise en charge pour les soins de santé de longue durée

Des pays de notre échantillon, la Belgique est celui où l'on trouve le plus de bénéficiaires de soins de longue durée en institution. Nous constatons dans les autres pays un volume important de bénéficiaires à domicile. Et le seul pays où le pourcentage de prise en charge en établissement est supérieur au pourcentage de prise en charge à domicile.

Figure 15 : Bénéficiaires de soins de longue durée âgés de 65 ans et plus, 2017 (ou dernière année disponible)³⁸

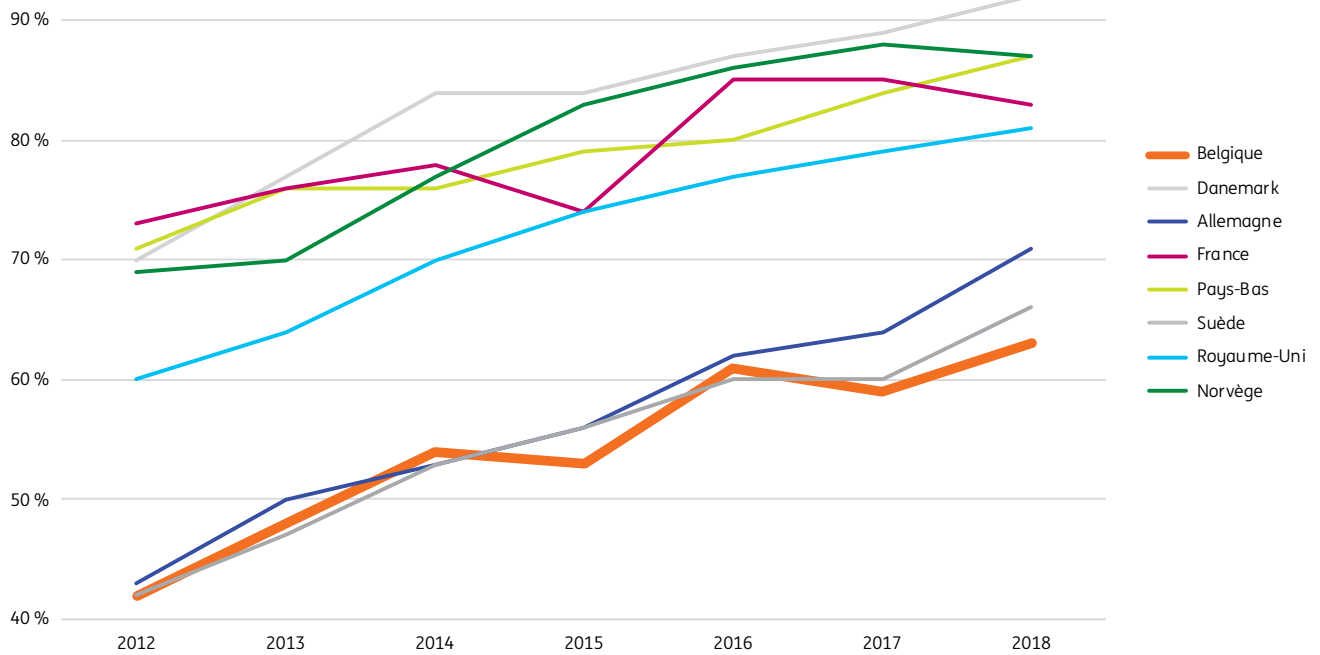


Se pose néanmoins la question de l'utilisation de ces TIC (technologies de l'information et de la communication) par les patients ciblés, à savoir les utilisateurs des « Long Term Care » (LTC), donc les personnes âgées, et en situation de fragilité physique ou sociale. Une étude démontre qu'en 2017, près de 60% des Belges de plus de 65 ans ont utilisé Internet au moins une fois au cours des trois derniers mois, soit près de deux fois plus qu'en 2010.

³⁷ Source : OCDE 2017

³⁸ Source : OCDE 2017

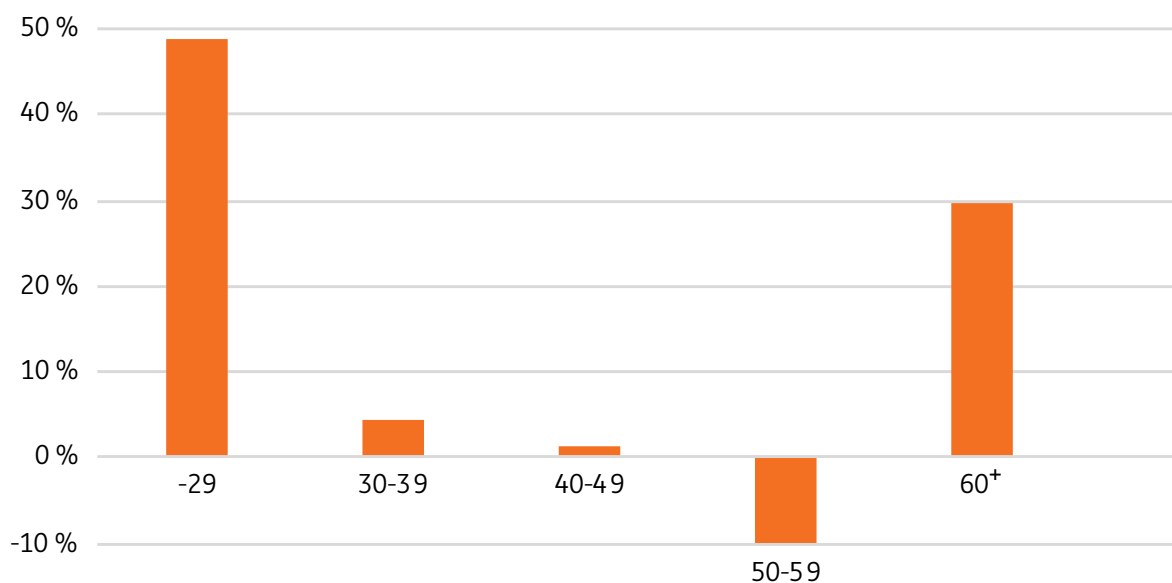
Figure 16 : Pourcentage des personnes âgées actives sur Internet au moins une fois au cours des 3 derniers mois³⁹



L'offre et le personnel

Depuis 2012, malgré une forte augmentation du nombre de médecins de moins de 29 ans, la tranche d'âge ayant augmenté le plus en représentation est celle des médecins de 65 ans ou plus. Cette évolution démontre que les départs à la retraite de nombreux médecins pourraient créer des déséquilibres au sein de la profession, tant en termes de localisations que de spécialisations affectant l'efficacité des programmes de soins intégrés en Belgique. Ces données prennent en considération l'offre de médecins. Le nombre de médecins ayant presté sera disponible suite au Plancad Médecins réalisé durant le second semestre 2019 par la cellule de planification de la force de travail du SPF Santé Publique.

Figure 17 : Taux d'évolution du nombre de médecins (généralistes et spécialistes) en Belgique par classe d'âge, entre 2012 et 2017⁴⁰



³⁹ Source : Eurostat 2017

⁴⁰ Source : Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique, SPF Santé publique, 2017

Figure 18 : Evolution de la part de chaque classe d'âge par rapport au nombre total de médecins (généralistes et spécialistes) entre 2012 et 2017⁴¹

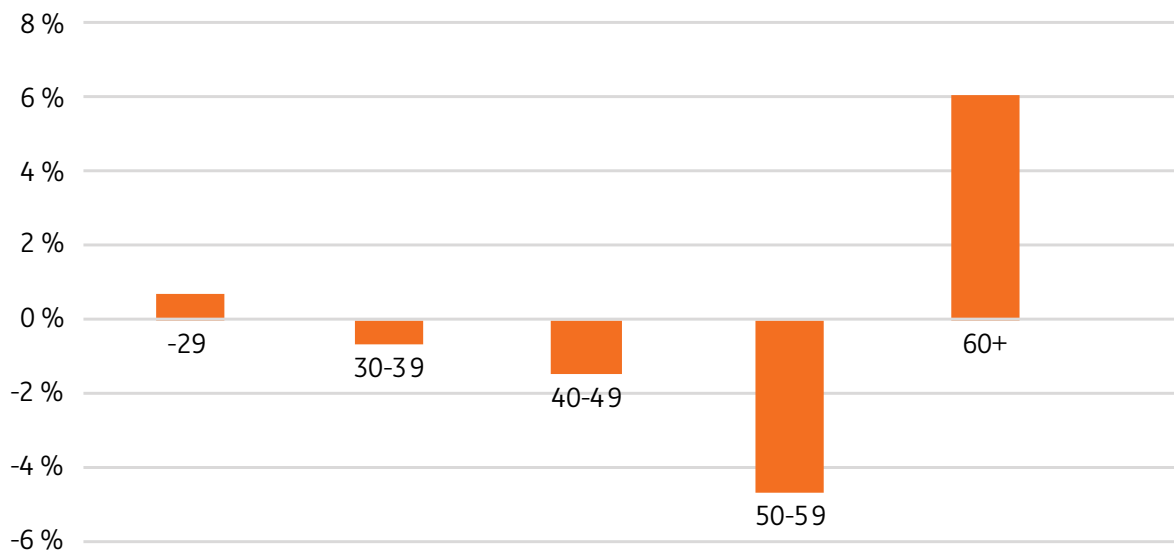
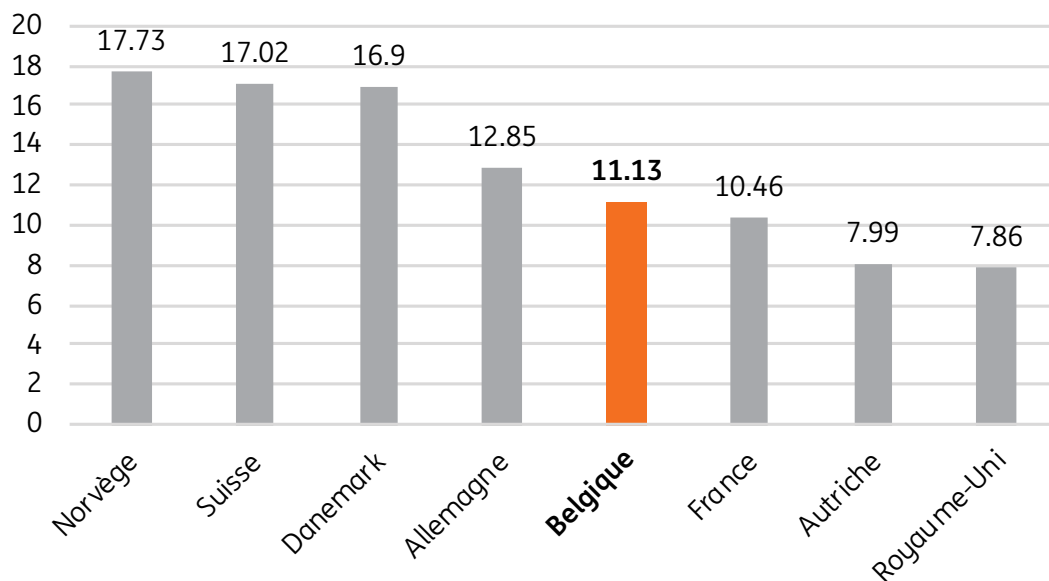


Figure 19 : Nombre d'infirmiers pour 1.000 habitants⁴²

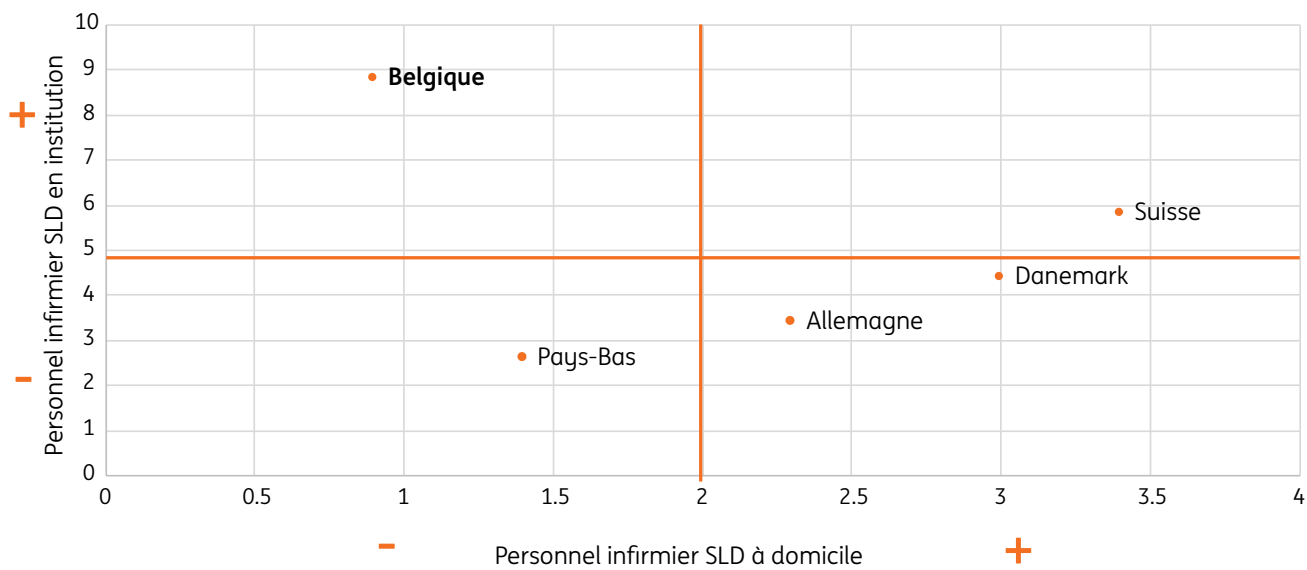


Bien que le nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants en Belgique se situe dans la moyenne basse du groupe de pays comparés, comme le montre la Figure n°19, ils sont comparativement plus nombreux à exercer dans les établissements de santé plutôt qu'à domicile. Les forces sont donc concentrées là où se trouve l'activité critique.

⁴¹ Source : Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique, 2017

⁴² Source : OCDE 2017

Figure 20 : Caractéristiques de l'offre belge et comparaison – personnel à domicile et personnel en institution⁴³



⁴³ Source : OECD Health Statistics 2018 "Ressource et utilisation des soins longue durée"





4. Intégration des soins : les clés de la réussite

Les recherches qui ont conduit à l'élaboration de ce rapport ont démontré que les différents systèmes d'intégration de soins observés dans notre échantillon de référence reposent majoritairement sur **7 piliers**, que nous avons illustrés dans la rosace ci-dessous (sur la base des enseignements du projet INTEGRATE).

Cette initiative européenne a pour mission de récolter des données relatives aux systèmes de soins intégrés dans le but de répondre efficacement aux enjeux du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de personnes vivant avec des conditions chroniques.

Ces piliers couvrent l'ensemble des enjeux essentiels à prendre en considération dans un système d'intégration des soins robuste, à haute valeur ajoutée pour les patients comme pour les professionnels.

Figure 21 : Les clés de la réussite dans l'intégration des soins⁴⁴



⁴⁴ Illustration d'Antares Consulting sur base d'information du projet INTEGRATE, Site : <http://www.projectintegrate.eu.com/>



1. Vision : cadre de référence (normes, valeurs) commun et vision commune

Un **guichet unique** peut être défini comme le lieu où est mis en place un dispositif regroupant l'ensemble des services offerts à son public cible. Ces dispositifs ont pour objectif de faciliter les démarches des personnes concernées, ainsi que la transmission de l'information.

En effet, une importante proportion des systèmes de santé classiques a été fondée sur une multitude de dispositifs, qui se sont ajoutés les uns aux autres au fil du temps et ont influencé très fortement la lisibilité de leur offre. Le point de départ des initiatives de soins intégrés se situe notamment dans une volonté simplificatrice de l'articulation des nombreux dispositifs existants, parfois obscurs.

En outre, les patients chroniques ou particulièrement vulnérables en raison de leur âge sont les personnes qui ont le plus besoin d'un grand nombre d'intervenants. De ce fait, ils peuvent rencontrer des difficultés à se repérer face à la multiplicité des dispositifs existants. C'est pourquoi de nombreuses initiatives de ce type voient le jour.

En Suisse, le canton de Vaud a développé un **Bureau Régional d'Information et d'Orientation (BRIO)**, dépendant du canton, pour les patients âgés, leurs aidants et les professionnels de santé. De même, **en France**, des **centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC)** ont été mis en place pour les personnes âgées en perte d'autonomie, ainsi que leurs aidants. Ils correspondent la plupart du temps au territoire du département.

Globalement, les missions principales de ces dispositifs dits « guichets uniques » sont les suivantes :

- Informer sur les prestations offertes par les institutions sanitaires et médico-sociales des réseaux de santé,
- Conseiller la population et les professionnels du réseau,
- Orienter les usagers en perte d'autonomie à l'issue d'un séjour hospitalier ou de réhabilitation et effectuer les démarches nécessaires à leur sortie
- Centraliser et traiter les demandes d'hébergement de longue ou courte durée en fonction des disponibilités,
- Accompagner les personnes à domicile ou hospitalisées pour les démarches d'entrée en Etablissement Médico-Social.



2. Information : transmission efficace des données, DPI et Decision Support Systems

Le déploiement de solutions de soins intégrés fait appel à la notion de coordination, qui elle-même implique une importante communication entre les différents professionnels intervenant auprès du patient. Qui dit coordination des professionnels de santé et des dispositifs, dit nécessité d'utilisation de technologies de l'information et de la communication (TIC). Le rôle des TIC et des prestations non présentes dans l'intégration de soins est majeur.

Les échanges entre professionnels, mais aussi les interactions avec le patient et ses aidants doivent être facilités par la mise en place d'un système d'information, d'une plateforme d'échange dédiée. Le but est d'obtenir une information fluide et claire à propos des patients, afin d'éviter les redondances et les vides de prise en charge. L'idéal est de mettre en place un système de dossier patient informatisé accessible par l'ensemble des professionnels qui interagissent avec le patient.

En Angleterre, une étude réalisée sur les « New Care Models » démontre que mettre à disposition de chacun des professionnels les mêmes outils facilite les échanges. De même, le partage d'informations dans un dossier patient commun et partagé permet d'éviter les redondances d'analyses et de soins, ou de combler les vides de prise en charge.

Au Danemark, une **stratégie commune pour l'utilisation de la télémédecine** a récemment été publiée à l'initiative des différentes régions danoises (Regionernes Sundheds-it). Cette réflexion de l'ensemble des régions vise à planifier une stratégie commune pour le développement de la télémédecine dans le pays, y compris une utilisation plus large et à plus grande échelle de la télémédecine. L'objectif est également de parvenir à un partage efficace des connaissances et des différentes pratiques entre les régions, de manière à ce que la télémédecine puisse être utilisée **à des fins de communication avec le patient dans le cadre de son traitement, mais également comme moyen de communication et de collaboration entre professionnels de la santé**. Cette stratégie danoise fournit 24 recommandations concrètes dans cinq domaines de la gestion hospitalière de la compétence des régions. Ces 24 recommandations s'intéressent donc à ce qui intervient en amont d'une hospitalisation, pendant l'hospitalisation - au sein d'un même établissement ou entre établissements différents - au moment du retour à domicile, et dans le cadre de soins de santé mentale. (Regions 'Health-it', 2011).

3. Incitatif : favoriser l'intégration par le financement et la régulation

Plusieurs stratégies sont envisageables pour inciter les acteurs à se coordonner afin de faciliter l'intégration des soins. Les exemples décrits ci-dessous traitent d'incitants de nature financière (subsides supplémentaires, rémunération collective ou encore paiements groupés pour les soins de longue durée).

En Norvège, existe un **co-financement entre les communes** (qui sont les responsables des soins de longue durée) **et les régions** (qui sont, elles, responsables des soins aigus et spécialisés). Un système d'incitants financiers a été mis en œuvre à destination des communes, afin qu'elles assurent la prise en charge des patients chroniques, ou complexes :

- Paiement par les communes de l'hospitalisation au-delà d'une Durée Moyenne de Séjour (DMS) déterminée ;
- Paiement par les communes de 20 % des traitements non-chirurgicaux ;
- Subsides aux communes pour le développement de lits d'hospitalisation alternatifs.

Aux Pays-Bas, a été développée une **approche de paiement groupé pour les soins de longue durée**. Initialement axé sur le diabète, ce dispositif a été étendu à la prise en charge de la BPCO et aux risques vasculaires. Les assureurs versent un financement unique à une entité adjudicatrice principale - le « groupe de soins » - afin de couvrir une gamme complète de services de soins destinés aux malades chroniques, pendant une période déterminée.

En Allemagne, les caisses d'assurance maladie proposent depuis 2002, en partenariat avec des médecins, des **Disease-Management-Programm (DMP)** pour les patients concernés par 6 maladies chroniques - l'asthme, la BPCO, le cancer du sein, les diabètes de type 1 et 2, la maladie coronarienne et l'insuffisance cardiaque chronique. Ces DMP sont des programmes de prise en charge structurée, suivant des directives nationales établissant des pratiques basées sur une évaluation scientifique, comprenant des rendez-vous médicaux réguliers, du « counseling », des examens, ainsi que la transmission d'informations sur la maladie, par exemple au travers de séances de formation. Dans ce cadre, un plan de soins individualisé est mis en place par le médecin pour chaque patient. **Les caisses d'assurances reçoivent des paiements supplémentaires du budget fédéral (par l'intermédiaire du Bureau Fédéral d'Assurance) pour les patients atteints de maladies chroniques s'ils sont inscrits dans un DMP.**

Enfin, **en France**, l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018 permet d'**expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits.**

Trois types d'expérimentations nationales sont déjà envisagés :

- **L'intéressement collectif des organisations contribuant au décloisonnement des prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales** (prise en charge des patients atteints de maladies chroniques nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels), versé au groupement d'acteurs (en plus de la tarification), sur la base d'objectifs de qualité (coordination, résultats, satisfaction) et de la réalisation d'économies.
- **Le paiement intégré à l'épisode de soins** (prises en charge chirurgicales relativement standardisées, à forts enjeux de coordination entre la ville et l'hôpital). Il s'agit de prévoir un financement à l'épisode de soins correspondant aux coûts attendus pour un panier de services déterminé (acteur hospitalier et plusieurs acteurs de soins de ville).
- **Une rémunération collective en exercice pluriprofessionnel** (paiement collectif au patient et/ou à la séquence de soins ou à la pathologie), soit la possibilité d'une rémunération collective alternative à une partie de leurs rémunérations conventionnelles classiques. Ce mode de rémunération permettrait de valoriser des activités de prévention et d'encourager une logique de responsabilité populationnelle du premier recours.

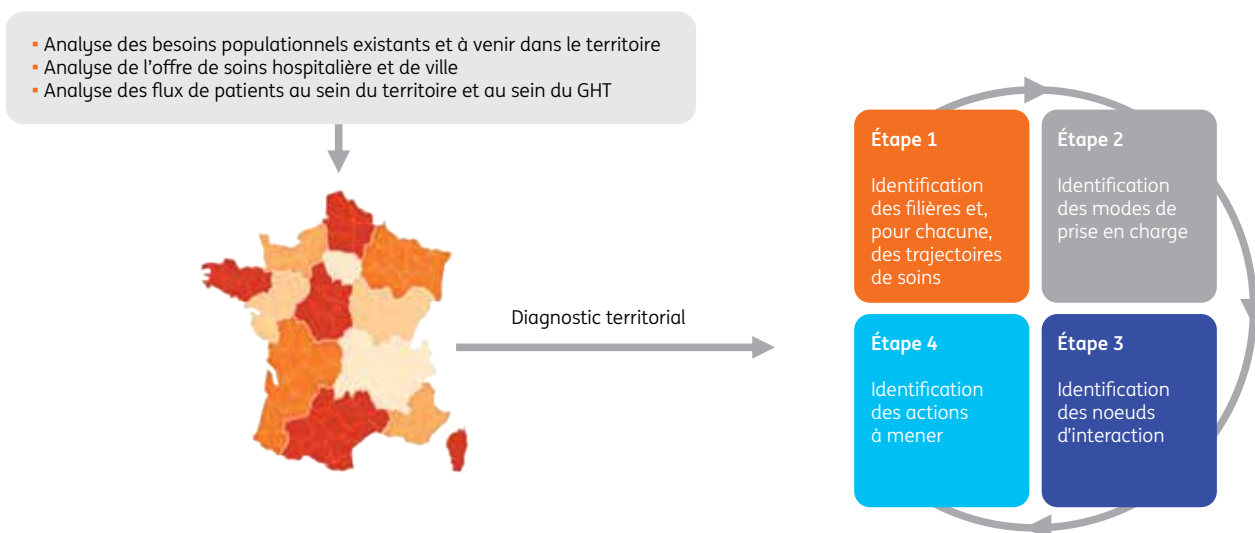


4. Organisation : l'importance de processus organisationnels communs (politiques, incitations collectives, staffing)

L'intégration des soins ne peut se limiter à un regroupement d'acteurs et de dispositifs qui serait imposé par le régulateur, et/ou dont la finalité serait de mettre en place une gouvernance et une organisation communes. Afin de garantir l'intégration des soins, les différents acteurs qui y participent doivent s'assurer de l'alignement de leurs politiques par l'intermédiaire d'un **projet médical et d'objectifs de développement communs** dans le but de garantir la prise en charge du patient.

Cela souligne l'importance de définir le projet médical (et soignant) comme pilier des systèmes de soins intégrés. A ce titre, les **Groupements Hospitaliers de territoires (GHT)** mis en place en France marquent un tournant important dans l'histoire de l'organisation hospitalière en ce sens qu'ils regroupent les établissements en découpant territorialement l'activité. Afin de garantir la bonne implémentation des GHT, tous les membres ont adopté un projet médico-soignant commun, et des objectifs de développement communs, afin de mettre en œuvre de réelles filières territoriales de soins.

Figure 22 : Exemple de méthodologie pour la mise en place d'un projet médical commun⁴⁵



Il est important d'ancrer dans les esprits que l'existence d'un projet médical commun est la condition essentielle sans laquelle la mise en commun et la coordination de structures et de ressources, l'amélioration du financement, l'harmonisation des systèmes d'information, etc. perdraient tout leur sens. Le **projet médical commun est le socle, la base de tout système de coopération interprofessionnelle**. Nous développons ce sujet plus loin dans notre étude.

⁴⁵ ANAP, « Élaborer un projet médical partagé de GHT », octobre 2016

5. Professionnel : mécanismes pour le travail collaboratif, rôles et responsabilités, formation

La grande diversité des dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux induisent une évolution des rôles et des tâches des professionnels. Les soins intégrés ont également accentué le développement des « **case managers** », encore appelés « gestionnaires de cas ».

Le **gestionnaire de cas** est un professionnel « dont l'action est dédiée à la **coordination** des interventions adaptées aux besoins des personnes en situation complexe. Sa formation initiale de travailleur social, d'infirmier, de psychologue ou d'ergothérapeute est complétée par un diplôme spécifique »⁴⁶. Le gestionnaire de cas, puisqu'il a connaissance de l'ensemble des aspects à traiter, est « l'interlocuteur direct de la personne et de sa famille, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile »⁴⁷. Le gestionnaire de cas joue un véritable rôle d'orientation de la personne et de ses aidants, et apporte son aide dans la réalisation des démarches.

Le « **case management** » est en lien direct avec la notion de **complexité** déjà abordée plus haut. Il s'agit d'une « démarche collaborative d'évaluation des besoins, de planification, de facilitation, de coordination des soins, d'évaluation et de défense des intérêts, dont le but est de répondre aux besoins de santé complexes d'un individu par la communication, et grâce aux ressources disponibles avec un objectif d'efficacité et de qualité »⁴⁸. Qu'entend-on précisément par complexité ? « L'analyse de la littérature montre que la complexité n'est jamais monofactorielle, et qu'elle est liée à l'intrication de difficultés d'origines diverses. Cette complexité ne se résume pas à la coexistence de pathologies chez un même patient : bien que cela accroisse le risque de complexité, la majorité des facteurs ayant un impact sur la santé ont une autre origine »⁴⁹. Cette notion de complexité renvoie à la **multiplicité des soins dispensés au patient**. L'approche du case management « vise à **centraliser les informations sur un patient pour optimiser sa prise en charge et faire intervenir les bonnes compétences au bon moment** »⁵⁰.

Le **Land de Saxe, en Allemagne**, a mis en place des coordinateurs de soins locaux, responsables de l'articulation des différents dispositifs à l'initiative d'acteurs de santé, pour tout ce qui concerne le **conseil en matière de soins**. Les coordinateurs dépendent du Land de Saxe, mais leur activité est rattachée au territoire d'une ville ou un canton. Le « case management » social et de soins aux patients âgés constitue un pan de leur fonction. En parallèle, ils assurent une mission de planification et de gouvernance au sein des institutions locales, d'analyse de données et de reporting en matière de soins et d'aide sociale pour leur territoire.

Au Danemark, des programmes de gestion à destination des patients chroniques (par exemple pour un diabète de type 2) ont été mis en place en 2007. L'objectif majeur est de **renforcer très fortement le rôle des médecins généralistes**, de manière à favoriser la coordination des soins. Les médecins généralistes sont associés à ce dispositif en tant que coordinateurs de filières de prise en charge des maladies chroniques, et bénéficient d'une compensation financière.

Une étude réalisée sur des personnes âgées présentant différentes comorbidités dans la région de Baltimore-Washington DC aux Etats-Unis vient appuyer l'utilité du « case management » : en 18 mois, le degré de satisfaction des patients ayant bénéficié de « case management » a doublé⁵¹.

⁴⁶ Pour les personnes âgées, Le gestionnaire de cas, Avril 2015. Disponible : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/le-gestionnaire-de-cas>

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire – « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? »

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Case Management : des workflows plus flexibles, des demandes mieux traitées, décembre 2018

⁵¹ OMS & IPCHS, Continuity and coordination of care – A practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services, 2018, 76 pages

6. Clinique : modèle de délivrance des prestations, segmentation des patients, single point of entry, itinéraires cliniques

Si la littérature internationale laisse apparaître que la mise en œuvre des dispositifs de soins intégrés est à géométrie variable selon les pays (guichet unique, « case manager », définition des trajets de soins, etc.), une des composantes essentielles reste de définir la typologie des patients.

→ Segmentation des patients⁵²

Il est important de noter que les dispositifs de soins intégrés ne correspondent pas à la prise en charge de la population générale : leur approche est pluridisciplinaire, destinée à des patients nécessitant de nombreux soins. En ce sens, « la segmentation permet de définir des approches et des parcours de soins spécifiques, adaptés aux besoins précis d'un groupe de malades »⁵³. Cette minorité de patients représente une part importante des dépenses de santé. En adaptant spécifiquement les dispositifs de soins intégrés à chacun de leurs publics cibles, il est possible de réduire l'impact de ces dépenses sur le système de santé.

Les critères de segmentation à prendre en compte sont les suivants :

- diagnostics cliniques (maladies chroniques, comorbidités...)
- situation sociale, économique et géographique
- niveau de dépendance aux soins
- niveau de risque (âge, mode de vie...)

Une étude portant sur 300.000 patients anglais a démontré qu'une segmentation basée sur l'utilisation des soins (la fréquence de recours à différents types de soins, tels que les urgences, les médecins généralistes, etc.) permet d'identifier les niveaux de risque et des groupes de patients avec des besoins différents, pour lesquels des programmes distincts peuvent être spécifiquement construits⁵⁵.

→ Single point of entry (guichet unique)

La concentration des services en un seul endroit est l'un des leviers d'actions prioritaires identifiés par l'OMS pour la mise en place d'un système de soins intégrés. Une telle concentration permet notamment d'améliorer le lien avec les communautés locales et facilite l'accès aux soins des patients. Le guichet unique permet d'évaluer les besoins des patients et de les orienter vers les dispositifs qui leur correspondent, de réduire les délais, mais aussi de coordonner les différents acteurs.

→ Itinéraires cliniques

L'OMS recommande l'adoption d'itinéraires cliniques sur la base de résultats scientifiques pour garantir le succès des dispositifs de soins intégrés. Les itinéraires cliniques sont des protocoles standardisés basés sur des bonnes pratiques et des résultats scientifiques, qui guident l'intervention des différentes parties prenantes dans un parcours de soins intégrés. Ils sont indispensables à la qualité et à la sécurité des soins, à la coordination des intervenants, et à la réduction de la variabilité dans les soins⁵⁶.

⁵² SOLLIS, The importance of population segmentation for integrated health and care. Disponible : <http://www.sollis.co.uk/sollis-insights/population-segmentation-integrated-health-care/>

⁵³ NHS Clinical Commissioners, Stepping up to the place – The key to successful health and care integration, 32 pages

⁵⁴ BMJ Open, Research Enhancing risk stratification for use in integrated care: a cluster analysis of high-risk patients in a retrospective cohort study, Janvier 2019, 8 pages

⁵⁵ OMS & IPCHS, Continuity and coordination of care – A practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services, 2018, 76 pages,

⁵⁶ OMS, Integrated care models: an overview – working document, Octobre 2016, 42 pages

7. Patient : engagement actif du patient et des aidants proches

L'un des principaux objectifs de l'intégration des soins vise à prendre en charge les patients de manière globalisée, en intégrant l'ensemble des prestations. Pour des questions de pertinence et de qualité des soins et des prises en charge, il est nécessaire d'adopter une vision d'ensemble du parcours du patient. Ce point sera à nouveau abordé dans les réflexions micro, citant notamment les initiatives de « personal health budgets » développées aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

En France, depuis 2008, le déploiement des MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) correspond à cette volonté nationale d'intégration des services d'aide et de soins, et de coordination du parcours patient. Les objectifs sont multiples, et parmi eux, une meilleure lisibilité du système d'aide et de soins, une optimisation des parcours et un soutien à domicile destiné aux personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie. Il s'agit d'un dispositif concerté au niveau national et à l'échelon local, entre différents décideurs et financeurs institutionnels, proposant un système de guichet unique, et faisant intervenir auprès des patients des « case managers » (gestionnaires de cas). La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est chargée de la mise en œuvre de ces structures, et « actuellement, 98% du territoire français est couvert par 352 dispositifs MAIA »⁵⁷ portés juridiquement par des acteurs existants ou des collectifs d'acteurs. La gouvernance s'établit au niveau local, entre l'ARS, le porteur de projet et le pilote de la MAIA.

Par le biais de ce type de dispositifs, le système de santé français cherche aujourd'hui à consolider une **approche « parcours patient »**, dans un objectif d'optimisation de la lisibilité de l'offre, et d'harmonisation de l'ensemble des dispositifs, à des fins de prévention, d'actions éducatives, de coopération pluriprofessionnelle ou encore d'appui aux professionnels.

Depuis 2015, un autre dispositif lié relevant de cette orientation « parcours-patient » est opérationnel : l'**expérimentation PAERPA** (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie), après avoir été testé en 2014 sur 9 territoires pilotes. En 2017, 17 territoires étaient en expérimentation. Ce dispositif s'adresse aux personnes âgées de plus de 75 ans « dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social ». Il a vocation à agir notamment sur les quatre facteurs évitables d'hospitalisation de la personne âgée : dépression, problèmes liés aux médicaments, dénutrition et chutes.

Quelques actions clés du parcours PAERPA consistent notamment en l'élaboration du **Plan Personnalisé de Santé**, la mise en place d'une Coordination Territoriale d'Appui, la transmission des données à la sortie de l'hôpital, la surveillance de l'utilisation des médicaments, l'évaluation du parcours.

Enfin, dans le cadre d'une prise en charge globalisée, de nombreuses initiatives tentent aujourd'hui d'établir un financement au parcours, corrélativement à l'adéquation des prises en charge de ces patients complexes, à qui les prestations proposées dans les services aigus ne conviennent pas.

⁵⁷ CNSA, page MAIA, Février 2015. Disponible <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>





5. Réflexions à l'échelle macro

Par initiatives « macro » nous entendons celles qui concernent la **régulation du système**, son **cadre normatif** ou son **financement**. Elles tentent de répondre aux défis auxquels les systèmes de santé sont confrontés et que nous avons mises en évidence dans la première partie du rapport : l'épidémiologie et la prévalence de certaines maladies chroniques, l'allongement de l'espérance de vie, le contexte budgétaire restrictif, la pénurie de certains prestataires de soins, la performance du système de santé, la qualité et l'adéquation des soins et prises en charge proposés, etc.

De par leur nature sociétale, les grandes décisions de santé publique dépendent de plusieurs facteurs (politiques, sociaux, économiques, communautaires). Bien que généralement très centralisées, ces initiatives sont largement dépendantes des majorités politiques en place, mais également de l'action de groupes de pression défendant leurs intérêts.

En parallèle, même si les experts sont généralement consultés dans un cadre prédéfini, les preuves scientifiques jouent un rôle de plus en plus important dans le processus politique. En pratique, ce sont souvent des rapports basés sur des données concrètes qui créent la nécessité de réforme d'une politique de santé. Le concept d'**Evidence Based Public Health (EBPH)** s'est ainsi développé dans le but de donner la capacité aux décideurs de fonder leurs décisions sur la sélection et l'analyse d'informations pertinentes, fiables et réactives. Dans le prolongement de l'**Evidence Based Medicine (EBM)**, il s'agit de prendre en compte la preuve scientifique de l'efficacité et de la faisabilité d'une intervention, en fonction des facteurs précités (politiques, sociaux, économiques, communautaires). **En Belgique, un plan relatif à l'Evidence Based Practice (EBP)** a été lancé fin 2017, afin de coordonner, d'harmoniser et de renforcer les initiatives existantes qui sont nombreuses mais fragmentées, et n'atteignent donc pas suffisamment les prestataires de soins⁵⁸.

Les initiatives macro sont généralement guidées par le politique, même si le rôle des preuves scientifiques et des experts prend de l'ampleur.

« Cependant, l'application à la santé publique des paradigmes de la médecine factuelle est complexe. Dans l'analyse des déterminants de la santé, l'explication causale, au sens scientifiquement admis du terme, peut être insuffisante voire potentiellement dangereuse. [...] Certains groupes de population sont ainsi lésés par les choix d'une politique de santé basée sur des faits probants. [...] De plus, on conçoit combien il est difficile de s'entendre sur des critères d'efficacité lorsque le sujet appelle une appréciation trop subjective. »⁵⁹

Sur ce premier niveau d'analyse, nous identifions et discutons les enjeux et les initiatives prises dans la perspective d'une intégration des soins – que ce soit en termes de planification, de régulation, d'incitatifs financiers, ou de partage et de communication de l'information.

Les réflexions identifiées à l'échelle macro et traitées dans notre rapport sont :

- a. Développer une planification nationale d'intégration des ressources sanitaires et médico-sociales, basée sur les besoins (démographie, épidémiologie, options des soins) de la population selon des paramètres scientifiques.
- b. Développer la régulation concernant les nouveaux mécanismes et procédures nécessaires à la mise en place de l'intégration de soins, et reconnaître les nouvelles professions, actes et prestations de soins.
- c. Favoriser le développement cohérent et partagé des objectifs financiers entre les différents acteurs de l'intégration de soins.
- d. Adapter progressivement les modèles de financement vers des modèles plus intégrés, impliquant l'ensemble des actes et acteurs du trajet de soins (approche populationnelle, « bundled payment »).
- e. Faciliter le partage des données clés des patients entre les différents acteurs : régulateurs, financeurs, prestataires... en vue de faciliter la prise en charge des patients et la prise de décisions (ex : définitions de profils de risque)

⁵⁸ Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Maggie De Block, Plan Evidence-Based Practice : les soins les plus adéquats pour chaque patient, Communiqué de presse 25 septembre 2017.

Disponible : <http://www.deblock.belgium.be/fr/plan-evidence-based-practice-les-soins-les-plus-ad%C3%A9quats-pour-chaque-patient>

⁵⁹ Halley des Fontaines V., Alla F., Apprendre à décider : l'Evidence Based Public Health. Santé Publique Vol. 19, 2007.

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-hs-page-135.htm>

a. Développer une planification nationale d'intégration des ressources sanitaires et médico-sociales, basée sur les besoins (démographie, épidémiologie, options des soins) de la population selon des paramètres scientifiques

Les problématiques auxquelles doivent aujourd'hui faire face les systèmes de santé, si elles présentent quelques particularismes selon les situations, sont en réalité assez largement partagées. Le vieillissement et la chronicité des pathologies sont présents dans l'ensemble des pays de l'échantillon de référence, et plus largement dans une grande majorité de pays dans le monde, sans être localisées dans des régions en particulier. Bien évidemment, certains territoires sont plus que d'autres confrontés à des problématiques accrues, néanmoins les réponses à ces difficultés doivent être imaginées pour l'ensemble de la population.

Pour cette raison, il est recommandé de planifier au niveau national l'ensemble des ressources nécessaires à la bonne prise en charge de l'ensemble de la population, évaluée selon des critères scientifiques. En Belgique, il n'existe actuellement aucune politique nationale qui détermine de manière précise les ressources adéquates, pour la prise en charge tant du vieillissement de la population que de la chronicité des pathologies et du handicap, pour ne citer qu'eux. Cette planification des ressources doit être fondée sur des paramètres scientifiques dont la précision se situe bien au-delà d'un simple ratio de lits observé à l'échelle nationale.

La **planification nationale des ressources** permet de mieux anticiper les besoins de la population et permet de mieux déterminer des mesures concrètes.

A titre d'illustration, le canton de Vaud, en Suisse, a réalisé pour la quatrième fois, un rapport « sur la politique de santé publique du canton », intégrant « un état des enjeux actuels en matière de santé publique et les champs d'action et objectifs prévus »⁶⁰. Ce rapport prévoit huit champs d'action prioritaires, adaptés à l'état de santé de la population du territoire, et qui correspondent à la feuille de route de la politique de santé pour les quatre années à venir. Ce projet de santé publique a été corrélé au

plan stratégique du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), de manière notamment à organiser les ressources de l'hôpital autour des différents points clés envisagés.

Cette planification nationale peut notamment conduire à la mise en place de dispositifs d'intégration des soins. Porter l'initiative au niveau national doit par ailleurs être le mode opératoire favorisé, afin de donner tout le poids nécessaire à la création de ces structures. Afin de coordonner les différents espaces d'intervention et de les adapter aux besoins réels de la population, c'est-à-dire à son évolution démographique mais aussi épidémiologique, le déploiement d'une **planification transversale** est un élément clé qui permet de disposer d'une vision claire basée sur des **éléments scientifiques**, offrant la faculté de déterminer quelles sont les ressources de prise en charge nécessaires, ainsi que le **financement adéquat**.

Au-delà de la simple incitation, l'application d'une mesure visant l'intégration des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales à des fins de prise en charge globalisée d'une typologie de patients assure une meilleure adhésion à cette mesure. Le **caractère collectif**, et par là-même **contraignant**, du dispositif, est évidemment un des facteurs facilitateurs de la mise en œuvre de la mesure.

Aux Pays-Bas, afin d'améliorer l'offre de soins proposée aux personnes âgées présentant des besoins complexes, un **programme national de soins spécifique (Nationaal Programma Ouderenzorg - NPO)** a été mis en place. Il a permis aux réseaux régionaux de tester des modèles de prestations de soins intégrés dépassant les limites de la législation et des structures de financement existantes. Entre 2008 et 2016, 125 approches innovantes ont été mises en œuvre. A titre d'exemple, U-Care vise à améliorer l'identification et le suivi en médecine générale des patients âgés de 60 ans et plus, présentant un risque élevé de développer une fragilité. Le programme dispose d'un logiciel de détection des patients potentiellement fragiles. Se déroule alors un programme de prise en charge très complet, intégrant des soins médicaux, sociaux, et des soins à domicile dispensés par des infirmiers qualifiés. Le programme s'est avéré très efficace en termes de réduction du déclin fonctionnel des personnes âgées. Le repérage de la fragilité, de la chronicité, entre autres, est extrêmement puissant et permet d'adapter les ressources dont la population a besoin au regard de son état de santé.

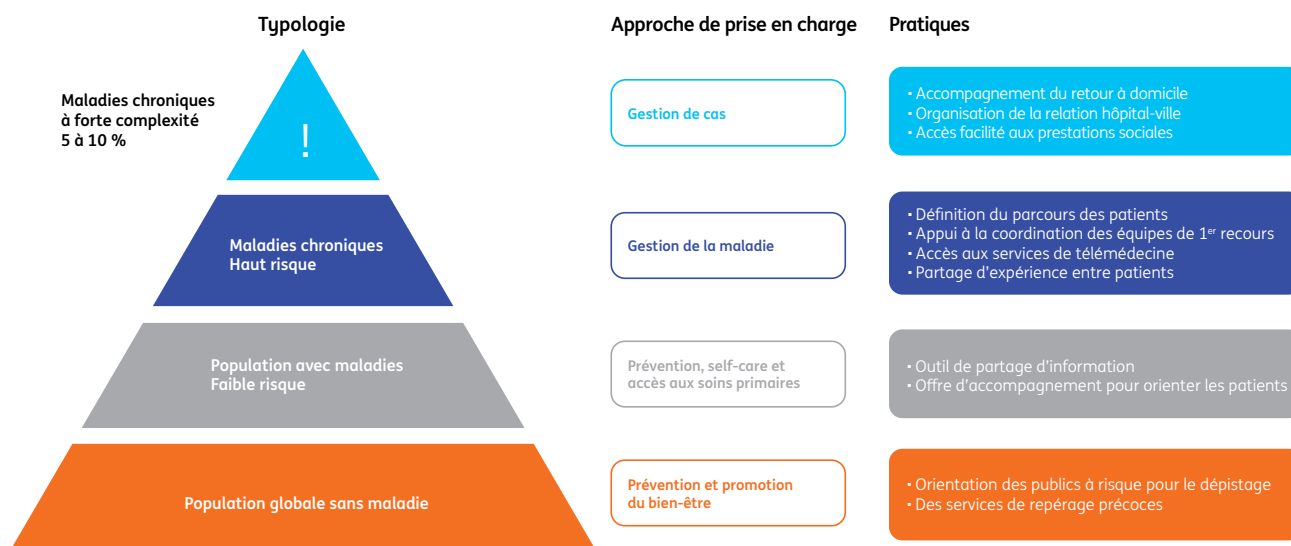
L'adéquation des ressources, et l'apparition de nouvelles modalités de fonctionnement entre professionnels qui composent l'entourage de patients complexes, chroniques, âgés, doivent être complétées par le développement de nouveaux mécanismes, outils, et professions.

⁶⁰ Canton de Vaud, Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022, 2017, 60 pages

b. Développer la régulation concernant les nouveaux mécanismes et procédures nécessaires à l'intégration de soins, et reconnaître les nouvelles professions, actes et prestations de soins

L'intégration des soins implique différentes nouvelles modalités de prise en charge, tel que le décrit le schéma ci-dessous :

Figure 23 : Représentation schématique des différentes typologies de missions correspondant à différentes typologies de patients⁶¹



La définition précise et la régulation nationale des nouveaux mécanismes et professions nécessaires à l'établissement de dispositifs de soins intégrés doit permettre d'**anticiper leur développement**. L'évolution de nos systèmes de santé vers un modèle de soins intégrés requiert en effet le développement de **nouvelles missions** que chacun des différents acteurs doit s'approprier, notamment en termes de coordination. Elle implique de créer de **nouvelles catégories de professionnels** tels les « case managers ». Elle nécessite également l'introduction de **nouvelles compétences**, et enfin l'introduction de **nouveaux actes ou prestations** dans le cadre d'une prise en charge globalisée du patient. Les dispositions législatives et réglementaires doivent nécessairement être adaptées à l'ensemble de ces évolutions. En ce sens, le régulateur doit prendre les mesures nécessaires afin de que ces nouveaux dispositifs, ces nouveaux acteurs, soient reconnus, et que leur rôle dans le système de santé (au sens large) soit déterminé de manière précise.

L'institut Kings Fund, en Angleterre, indique dans un de ses très récents rapports, que doivent être mis en place « des objectifs nationaux ambitieux et contraignants pour faire avancer les progrès ; une stratégie pangouvernementale visant à réduire les inégalités de santé ; un renforcement du leadership politique et du système ; une plus grande clarté sur les rôles et la responsabilité des organismes nationaux et des organisations locales ; et des investissements accrus dans la prévention, la santé publique et les dépenses favorables à la santé de la population »⁶².

L'exemple phare qui illustre particulièrement ce propos et les nouvelles fonctions à clarifier, est le développement du « case management », et donc du rôle à jouer quant à la régulation de la fonction de « case manager ».

De plus en plus sollicitée pour de nombreux dispositifs et structures de santé, la fonction de « **case manager** » doit impérativement être définie et reconnue par le régulateur.

⁶¹ Agence Régionale de Santé Guyane, Easis, Information et sensibilisation autour de la Plateforme Territoriale d'Appui et les Services Numériques d'Appui à la Coordination, Octobre 2018, 20 pages

⁶² David Buck, Alex Baylis et Durka Dougall, A vision for population health – Toward a healthier future, novembr 2018, 89 pages

En France, la HAS a recensé l'ensemble des standards internationaux du « case management », et ce, particulièrement dans les pays anglo-saxons, berceau d'origine de la fonction⁶³. On peut retenir parmi les composantes essentielles du « **case management** » :

- l'évaluation globale et holistique des besoins
- l'aide à la définition d'un plan de soins et d'aides
- l'information et l'éducation du patient
- le renforcement des compétences du patient
- la défense des intérêts du patient : accès aux prestations sociales, accès aux soins
- le suivi et la coordination de la mise en œuvre du plan de soins et d'aides
- le retour d'informations au médecin traitant
- la réévaluation et l'adaptation
- la fin de prise en charge ou le renouvellement de la prestation

c. Favoriser le développement cohérent et partagé des objectifs financiers entre les différents acteurs de l'intégration de soins

Les dispositifs visant une intégration de soins, et autres prestations dans le but d'une prise en charge globale du patient, font intervenir un grand nombre de professionnels. S'ils poursuivent le même objectif quant au patient et veulent participer à une prise en charge complète et efficiente, les différents intervenants auprès du patient ne poursuivent pas tous les mêmes buts financiers. D'un point de vue macro, l'un des enjeux est **l'alignement des incitatifs financiers**.

Depuis près de dix ans aux Pays Bas, les assureurs sont libres de constituer leurs propres réseaux de soins, avec les professionnels de leur choix, et avec lesquels ils ont négocié différents critères. « Les domaines cliniques concernés sont le diabète, l'asthme, l'insuffisance cardiaque, et la gestion des risques cardio-vasculaires. Les groupes multidisciplinaires ainsi formés reçoivent un paiement forfaitaire annuel par patient, devant couvrir l'ensemble de ses soins préventifs et curatifs en soins primaires »⁶⁴.

Un mécanisme financier incitatif auprès des assureurs a été mis en place. L'idée principale étant d'empêcher un recrutement biaisé des clients susceptibles de coûter moins cher, la mise en œuvre de ce dispositif « s'est accompagnée d'un transfert progressif de la responsabilité de la régulation de l'Etat vers le marché, les assureurs disposant de leviers d'actions leur permettant de contractualiser de manière sélective avec les prestataires de soins et de définir le contenu des contrats »⁶⁵. Les différents assureurs entrent donc en concurrence, à la fois auprès des patients, mais également auprès des médecins, qui deviennent de potentiels partenaires.

Par l'intermédiaire de ce dispositif, « les assurés choisiraient librement leur assureur et leurs prestataires de soins parmi ceux proposés »⁶⁶ par les organismes d'assurances. De cette façon :

- « Les assurés sont incités à choisir des assureurs efficaces avec des prestataires de soins de qualité,
- Les prestataires de soins sont récompensés selon des critères de qualité et d'efficience,
- Les assureurs, agissant en intermédiaires éclairés entre les consommateurs et les prestataires, sont incités à contracter avec les meilleurs prestataires et à s'adapter aux préférences des consommateurs. »⁶⁷

Les négociations ont donc cours entre les assureurs, et les médecins et autres professionnels de santé. Les organismes d'assurance perçoivent également de la part des financeurs publics des subventions pour les

⁶³ HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire – «Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires?»

⁶⁴ David N. BERNSTEIN, Réseaux de soins et forfaits à la pathologie aux Pays Bas, février 2012. Disponible : http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2012/02/01/cercle_42934.htm#pHZiozLwFTXQLo5.99

⁶⁵ Bernstein, David. «Pays-Bas : la théorie de la concurrence régulée à l'essai», Les Tribunes de la santé, vol. 30, no. 1, 2011, 21 pages

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Van de Ven W.P.M.M., Schut F.T., The first decade of market oriented health care reforms in the Netherlands, Institute of Health Care Policy and Management, Erasmus University, Rotterdam, 2000., IN Bernstein, David. «Pays-Bas : la théorie de la concurrence régulée à l'essai», Les Tribunes de la santé

patients qu'ils assurent et mettent en relation avec leurs partenaires. En synthèse, « ce modèle de concurrence consiste à placer les assureurs en position d'opérateurs intermédiaires entre le système de financement public d'une part, les usagers et les professionnels de soins d'autre part »⁶⁸. L'objectif est également de proposer les tarifs les plus attractifs, la qualité la plus élevée, et de faire preuve d'une certaine efficacité.

De même, l'**innovation** occupe une place importante dans les raisons de la mise en place d'un tel dispositif : celui-ci a vocation à encourager l'émergence de nouvelles organisations, telles la délégation de tâches, le déploiement de solutions informatiques, entre autres. De plus, aucun format particulier n'est imposé : différentes modalités d'organisations sont envisagées et aucune forme particulière ne semble privilégiée. Si les assureurs ont vraisemblablement pris le pas sur l'organisation de l'assurance maladie des Néerlandais⁶⁹, les professionnels de santé demeurent libres de contracter avec différents assureurs, et selon les modalités de leur choix. Ce système est donc relativement peu contraignant, notamment pour les différents groupes de soins, puisque seules des exigences minimales de contrôle et de qualité sont formulées à leur égard.

En Allemagne, dans le cadre de la mise en œuvre de programmes de soins intégrés, les caisses d'assurances reçoivent des paiements supplémentaires du budget fédéral (au travers du Bureau Fédéral d'Assurance) pour les patients souffrant de maladies chroniques, s'ils sont inscrits dans un de ces différents « **Disease-Management-Programm** ». A leur tour, les professionnels reçoivent une somme compensatoire de la part des caisses d'assurance maladie. Pour percevoir ce revenu complémentaire, ils sont tenus de respecter des critères de qualité et des plans de prise en charge précis, définis par un cadre national, et s'engagent à tracer les prestations et soins prodigués aux patients. De leur côté, les patients s'engagent à être de véritables acteurs de leur prise en charge, par exemple en sollicitant tous les 3 ou 6 mois un médecin impliqué dans le programme qu'ils suivent. Ils occupent donc un rôle partenaire auprès des médecins, et reçoivent un bonus de participation de la caisse.

Si les objectifs de chacun des acteurs doivent converger, un des enjeux majeurs est également celui de la réduction des coûts pour la prise en charge de ces patients complexes, souvent très coûteux pour nos systèmes de santé : sont donc élaborés des systèmes de paiement au forfait, ou « **bundled payment** ».

d. Adapter progressivement les modèles de financement vers des modèles plus intégrés, impliquant l'ensemble des actes et acteurs du trajet de soins (approche populationnelle, « **bundled payment** »)

Les modèles de financement visant à favoriser l'intégration des soins développent des mécanismes de paiement destinés à couvrir les besoins de l'ensemble des fournisseurs impliqués dans la prise en charge globalisée. Ces mécanismes correspondent à des paiements groupés de type forfaitaire, pour un parcours de soins complet, ou des paiements basés sur l'analyse scientifique et prospective des besoins d'une population en particulier, schéma dans lequel les prestataires assument la responsabilité de la santé de la population déterminée. « La **responsabilité populationnelle** vise un triple objectif : une meilleure santé pour la population, une meilleure expérience pour le patient, un moindre coût pour la société. Elle implique aussi de dépasser les oppositions ville-hôpital ou encore de miser sur la prévention⁰. Il existe actuellement une ambition d'adopter des méthodes de paiement lié à la valeur et non au volume et qui tiennent compte des résultats finaux en matière de santé, de la satisfaction du patient et des coûts.

Le principe de cette structuration de paiement est d'inciter les différents intervenants auprès du patient à obtenir une meilleure qualité de prise en charge, pour un prix équivalent, nécessitant donc une efficacité accrue. De plus, ces dispositifs ont pour objectif d'orienter, tant les patients que les soignants, vers une moindre utilisation des services spécialisés et hospitaliers plus coûteux, en offrant des possibilités nouvelles, basées sur les besoins globaux du patient et non pas sur la prise en charge en urgence d'un épisode aigu.

⁶⁸ Bernstein, David. "Pays-Bas : la théorie de la concurrence régulée à l'essai", Les Tribunes de la santé, vol. 30, no. 1, 2011, 21 pages

⁶⁹ David N. BERNSTEIN, Réseaux de soins et forfaits à la pathologie aux Pays Bas, février 2012

Disponible : http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2012/02/01/cercle_42934.htm#pHZiozLwFTXQLo5.9

⁷⁰ Antoine Malone, Responsable du pôle "Prospective" de la Fédération hospitalière de France (FHF), 4 septembre 2018, IN <https://www.reseau-hopital-ght.fr/actualites/amenagement-du-territoire-coordination-des-soins/cooperations-partenariats/responsabilite-populationnelle-cinq-territoires-s-engagent.html>

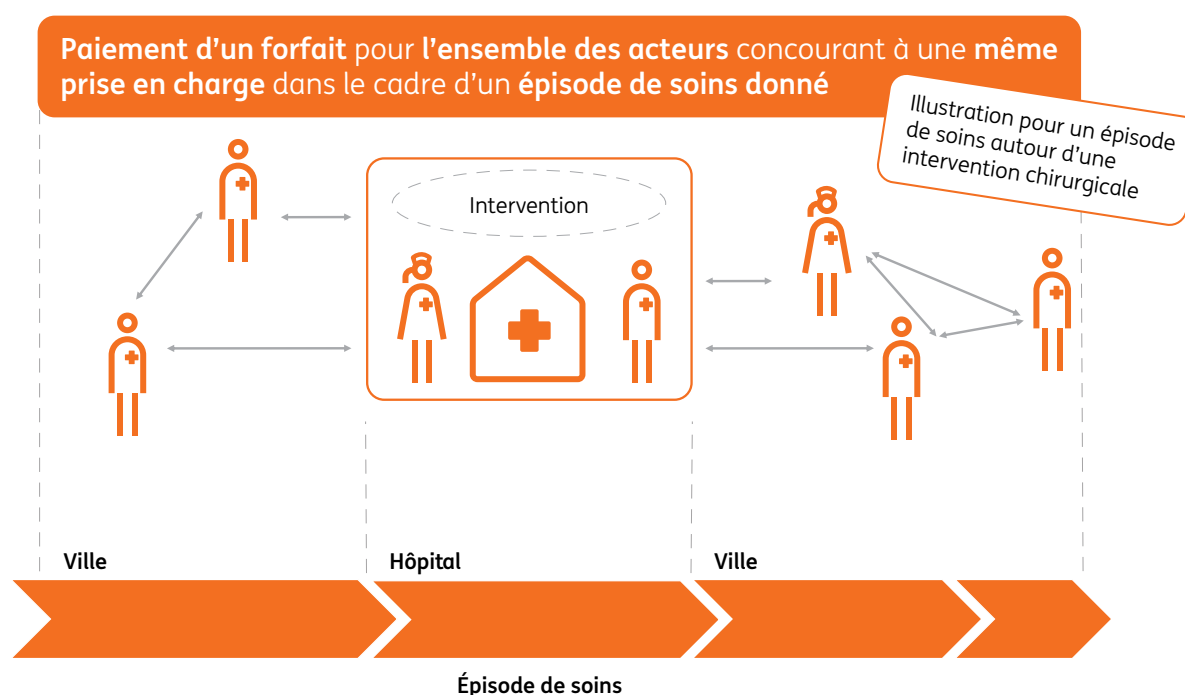
En France, par exemple, les dispositions liées à l'article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018 prévoient pour ces expérimentations un système de **bundled payment**, soit paiement à l'épisode de soins. Il s'agit de proposer, pour un épisode de soins donné, et déterminé dans le temps, un paiement forfaitaire global pour l'ensemble des prestations, visant l'amélioration de :

- la coordination intra et extrahospitalière ;
- la qualité et la sécurité des soins, ainsi que l'expérience patient ;
- l'efficacité des soins ;

en s'appuyant sur :

- une organisation intra- et extrahospitalière décloisonnée pour optimiser le suivi du patient ;
- des forfaits ajustés sur le risque.

Figure 24 : Modèle de paiement à l'épisode de soins⁷¹



En 2007, le Ministre néerlandais de la Santé a piloté l'utilisation de ces paiements groupés destinés aux **groupes de soins** mis en place pour une prise en charge intégrée du diabète. Pour rappel les groupes de soins sont composés de plusieurs fournisseurs de soins de santé et sont **cliniquement et financièrement responsables de tous les patients** qui s'inscrivent dans le cadre de leur programme de prise en charge. L'objectif principal de ce modèle de « **bundled payments** » est d'améliorer la qualité des soins, prodigués en l'espèce dans la prise en charge du diabète, en encourageant les fournisseurs de soins de santé dans l'amélioration de la coordination des soins, et ainsi obtenir une meilleure qualité de processus, et plus de transparence.

L'évaluation du programme montre, pour les patients participant à un programme financé par ce type de dispositifs, que **le recours à des soins spécialisés plus classiques a diminué de 25 %**. En ce qui concerne les soins spécialisés spécifiques à la prise en charge du diabète, les patients intégrés dans un dispositif de paiement forfaitaire ont utilisé 40 % de soins en moins comparativement aux patients recevant des soins dispensés de manière classique.

En 2010, ce programme a été élargi afin d'y inclure des programmes éligibles aux paiements groupés, pour la prise en charge de BPCO, ainsi que la gestion du risque vasculaire. Un modèle similaire pour le suivi de la grossesse jusqu'à l'accouchement est en cours.

⁷¹ Direction Générale de l'Offre de Soins, Article 51 LFSS 2018 Webinaire AMI – Financement à l'épisode de soins, 13 juin 2018

e. Faciliter le partage des données clés des patients entre régulateurs, financeurs, prestataires... en vue de faciliter la prise en charge des patients et la prise de décisions (ex : définitions de profils de risque)

La mise en place de systèmes de soins intégrés doit bénéficier d'un consensus de l'ensemble des parties prenantes : régulateur, financeurs, professionnels de santé, patients, aidants. Leur réussite dépend de ce consensus, mais dépend également d'une coordination et d'un partage de données efficaces, selon une logique de dossier patient partagé. Dans ce système de soins intégrés, les flux d'information relatifs au patient doivent être véritablement fluides, ce qui implique une intensité forte des relations entre professionnels. Si c'est sur le terrain que la coordination et la communication doivent avoir lieu, le régulateur a un rôle fondamental à jouer dans la mise en œuvre de systèmes d'informations harmonisés entre les différents acteurs, qui doivent garantir la fluidité, la sécurité et l'efficacité des échanges.

Par ailleurs, le partage des données clés n'est pas uniquement important pour favoriser la prise en charge des patients, mais aussi, dans une logique Big Data, pour faciliter la prise de décision.

Le développement de systèmes permettant un accès facilité aux informations des patients par l'ensemble des professionnels impliqués s'impose comme une nécessité. Ces systèmes électroniques communs permettraient d'importantes avancées, notamment dans le domaine de la télémédecine.

Initiative lancée en France en 2004, le **Dossier Médical Partagé (DMP)** est officiellement accessible pour tous depuis novembre 2018. Le dossier médical partagé est un carnet de santé numérique gratuit, confidentiel et sécurisé qui conserve les informations de santé de chaque patient (traitements, résultats d'examens, pathologies, allergies...) afin de les partager avec les professionnels de santé de son choix dans un objectif d'amélioration de la prise en charge.

Les professionnels ont accès, pour chaque patient détenant un dossier partagé, à :

- son historique de soins des 24 derniers mois, automatiquement alimenté par l'Assurance Maladie
- ses antécédents médicaux (pathologie, allergies...)
- ses résultats d'examens (radios, analyses biologiques...)
- ses comptes rendus d'hospitalisations
- les coordonnées de ses proches à prévenir en cas d'urgence
- ses directives anticipées pour sa fin de vie.

Aux Pays-Bas, le dossier médical national (« **Elektronisch Patiënten Dossier** ») suit une méthode de création de fichier qui permet aux prestataires de soins d'échanger des informations sur les patients de manière simple. Via ce réseau électronique, les établissements de santé et les fournisseurs de soins de santé (médecins, pharmaciens et médecins généralistes) peuvent générer des requêtes d'informations dans le système de chacun. L'ambition initiale était beaucoup plus large : à l'époque de sa création, il s'agissait d'intégrer au EPD également des médecins spécialistes, des ambulanciers paramédicaux, etc.

En 2012, le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports (VWS) a transféré la responsabilité de AORTA, projet de conception et de construction de l'infrastructure de télésanté à l'échelle nationale⁷² à la "Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie" (VZVZ). Depuis, les données ne sont pas stockées de manière centrale, les prestataires de soins continuent de travailler avec leurs propres systèmes d'information et d'échanger des informations médicales via le point d'échange national (Landelijk Schakelpunt - LSP). Les soignants doivent demander la permission du patient s'ils souhaitent enregistrer des données. Les patients peuvent refuser d'être admis ou retirer leur consentement préalable.

⁷² ASIP SANTE, Etude sur la télésanté & télémédecine en Europe, Mars 2011, 168 pages



6. Réflexions à l'échelle méso

Dans notre approche, les initiatives « méso » sont celles qui relèvent du niveau managérial des institutions, lequel se retrouve peut-être dans la position la plus difficile, qui consiste à harmoniser les décisions de régulation du système et les exigences opérationnelles des professionnels de la santé et des patients. Dans ce contexte, l'évolution récente va vers une mise en place de plus en plus importante de recommandations, de bonnes pratiques organisationnelles et de retours d'expérience pour manager, piloter, planifier, programmer, et réguler.

En parallèle, les soins de santé passent progressivement d'une vision centrée sur le prestataire à une vision centrée sur le patient. Typiquement, l'intégration des soins s'inscrit parfaitement dans cette démarche, et trouve son fondement dans la prise en compte globale de l'ensemble des besoins du patient, qu'ils soient médicaux, sociaux, économiques, familiaux, ou autres. Sans remettre en cause le modèle précédent en termes de qualité des soins, une meilleure compréhension des attentes des patients (et de leurs familles) devrait faciliter leur orientation dans le système de soins⁷³ :

Cernées entre les exigences du régulateur et des patients, les initiatives au niveau « méso » sont sans doute parmi les plus complexes à mener.

« La compétence de l'équipe soignante et son expérience ne sont, à l'heure actuelle, que l'attente de base pour une personne qui vient à l'hôpital. Les patients attendent également d'être traités d'une façon très individuelle, par des prestataires qui sont foncièrement intéressés par leur bien-être. Cependant, même avec ce phénomène de « customisation de masse », il existe toujours une nécessité de traduire les étapes critiques du système dans des processus et d'utiliser ceux-ci selon un déroulement standardisé ».

Sur ce deuxième niveau d'analyse, nous abordons les enjeux et les initiatives qui concernent l'importance d'un projet médico-soignant commun, la création d'espaces et de mécanismes de coordination, le rôle majeur du « case manager », l'apparition de « skill-mix » des professionnels, et la fonction des TIC à cette échelle.

Les réflexions identifiées et traitées à l'échelle méso dans notre rapport sont :

- a. Définir un projet médical, soignant et social et des objectifs de développement communs.
- b. Formaliser les mécanismes et espaces de coordination entre tous les acteurs afin d'assurer des relations structurées et de favoriser la multidisciplinarité, .
- c. Définir un point de contact unique et un professionnel référent, de type case manager, devient un élément central pour assurer la continuité des soins.
- d. Permettre l'évolution du « skill-mix » des professionnels, et au-delà, l'apparition de nouvelles professions.
- e. Développer des technologies de l'information et de la communication favorisant la structuration des relations, avec la mise en place de systèmes de gestion partagés.

⁷³ Medworxx An Aptean Company. 2016. Use of standardized clinical criteria improves patient flow and accelerates discharge. Disponible : <http://www.aptean.com/assets/pdfs/resources/documents/medworxx/APT-MW-Whitepaper-CC-EN.pdf>

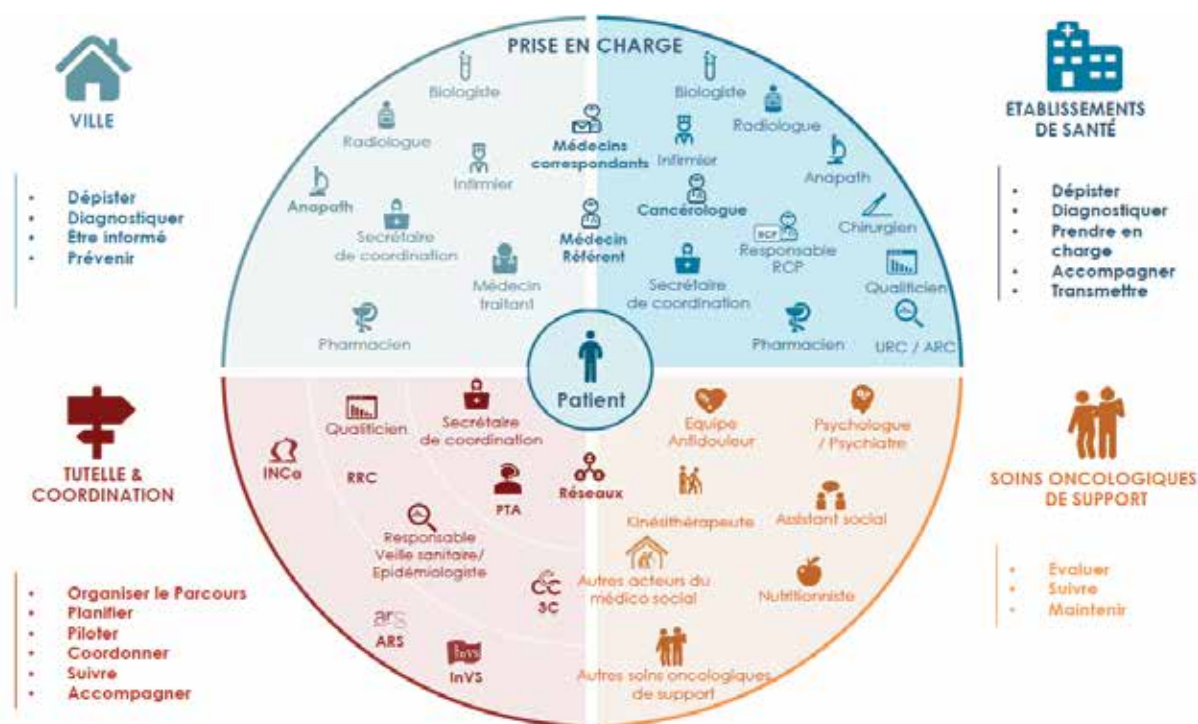
a. Définir un projet médical, soignant et social commun ainsi que des objectifs de développement communs

L'intégration des soins ne saurait se limiter à un regroupement d'acteurs imposé par le régulateur, et dont la finalité serait de mettre en place une gouvernance et une organisation communes. Afin de garantir la bonne marche d'un dispositif d'intégration des soins, les différents acteurs qui y contribuent doivent s'assurer de l'alignement de leur politique par le biais d'un projet médical et d'objectifs de développement communs pour assurer la prise en charge du patient.

Finalement, la fusion de plusieurs établissements, la mise en place d'une gouvernance et d'une démarche qualité communes, ou encore l'harmonisation d'un système d'information, ne sont rien s'il n'existe aucun **projet médical commun**. Le projet médical commun est le ciment de la collaboration entre structures de santé, qu'il s'agisse d'un rapprochement d'établissements, ou de relations entre les professionnels de ville et l'hôpital.

Cela souligne donc le caractère essentiel de l'ensemble des composantes du projet de prise en charge du patient, du projet médical et soignant au projet social. **Ce projet de prise en charge centré sur le patient est véritablement le pilier des systèmes de soins intégrés.** Ce projet médical commun est d'autant plus important pour les patients que les systèmes de soins intégrés ont vocation à prendre en charge : les patients chroniques et âgés sont sujets à de nombreux soins et prestations de manière générale, et les interactions seront très nombreuses avec les différents intervenants. Ces interactions devront impérativement être dictées par un projet commun de prise en charge du patient, à des fins de coordination.

Figure 25 : Exemple d'un écosystème pour patient atteint de cancer⁷⁴



En France, pour parachever le développement de politiques et de dispositifs orientés vers l'intégration de soins, et par là-même, la nécessité de coordination et d'articulation commune des différents professionnels de santé au sens large, une circulaire de juillet 2016 créait les **plateformes territoriales d'appui (PTA)**, mises en place en 2018. Elles ont vocation à établir un **lien fort entre usagers, acteurs du premier recours** (les professionnels libéraux), acteurs du **second recours** (les établissements de santé), et acteurs **sociaux et médico-sociaux**. Ces structures, dont le mode de fonctionnement est ancré sur la notion de **parcours**, ont pour objectifs l'organisation d'une coordination graduée selon la complexité des parcours, la gestion des cas complexes et l'amélioration de la relation ville-hôpital.

⁷⁴ Document ARS Guyane PTA

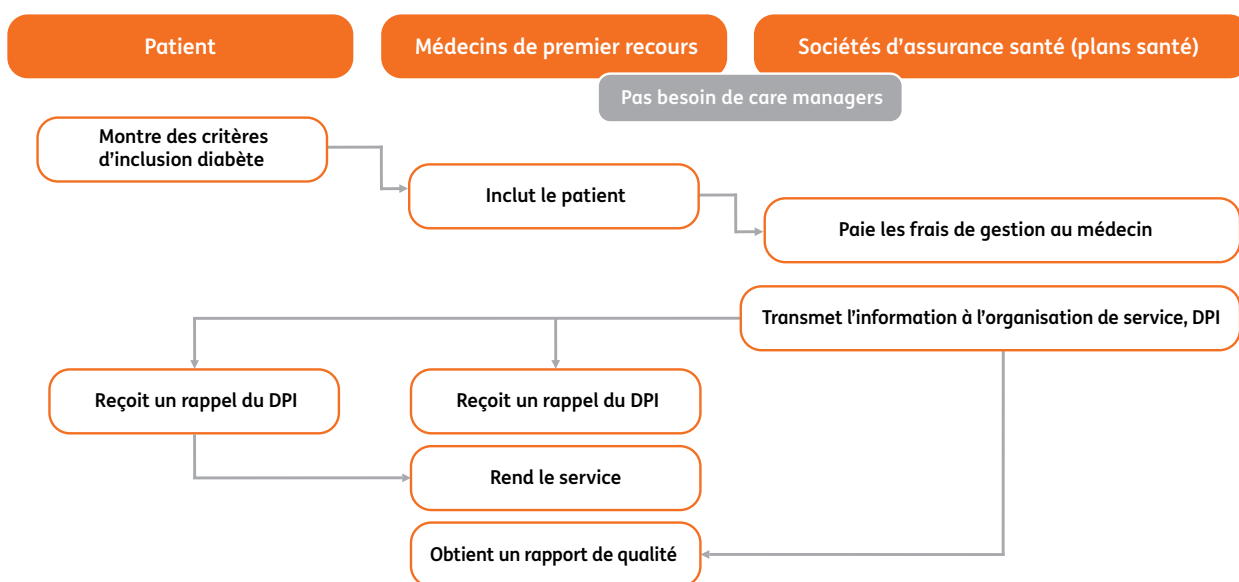
En Allemagne, les caisses d'assurance maladie proposent depuis 2002, en partenariat avec des médecins, des **Disease-Management-Programm (DMP)** pour les patients concernés par 6 maladies chroniques - l'asthme, la BPCO, le cancer du sein, les diabètes de type 1 et 2, la maladie coronarienne et l'insuffisance cardiaque chronique. Ces programmes mettent la **coordination des acteurs au service de la qualité de vie des patients**.

Pour ce faire, un projet est alors élaboré par le médecin pour chaque patient. En effet, définir un projet propre à chaque patient permet d'adapter la prise en charge, d'orienter les actions de chacun des membres de l'équipe médico-soignante, et de la rendre plus efficiente. Puisque l'objectif premier d'un système de soins intégrés est d'**alléger les complexités de prise en charge liées à la chronicité des pathologies, et de limiter complications et comorbidités**, la structuration de la coopération entre les différents professionnels et institutions impliqués (généraliste, spécialiste(s), hôpitaux, institutions de revalidation...), est indispensable pour coordonner les différentes étapes de la prise en charge. L'élaboration d'un projet personnalisé répond à cet impératif d'organisation de la coordination des différents intervenants. Tous les actes réalisés dans le cadre d'un plan individualisé de prise en charge sont documentés et accessibles à l'ensemble des professionnels, ainsi que les résultats d'exams. Chaque mesure nouvelle doit être discutée entre les intervenants, confrontant ainsi leurs points de vue, leurs pratiques professionnelles, leurs volontés respectives à l'égard du patient, au regard du projet établi.

Les professionnels sont tenus de documenter chacune de leurs actions dans le cadre du projet individuel des patients, et de respecter des exigences de qualité. La qualité des soins et les résultats obtenus sont mesurés scientifiquement selon les critères et objectifs définis par le cadre national des « Disease-Management-Programm ».

S'ils ont évidemment pour objectif une meilleure prise en charge des patients, ces dispositifs visent également l'**optimisation**, la **réduction de la variabilité de la prise en charge**, la **réduction des coûts** par la **limitation des complications et comorbidités**, et enfin la **diminution des séjours hospitaliers inadéquats**.

Figure 26 : Coordination des soins dans les « Disease-Management-Programm », Allemagne⁷⁵



Ces démarches sont très encadrées et font l'objet d'évaluation diverses. Elles sont également basées sur des incitations financières, afin d'**allier qualité et soutenabilité financière**. Elles concernent actuellement plus de 6,6 millions de patients en Allemagne, et des Disease-Management-Programms pour 4 nouvelles pathologies sont actuellement en cours de formalisation.

Au-delà du projet médical, d'autres outils de coopération doivent être développés, pour permettre à l'ensemble des professionnels de communiquer, d'échanger sur leurs pratiques et promouvoir une prise en charge de qualité.

⁷⁵ Source : <https://www.gesundheitsinformation.de/was-sind-disease-management-programme-dmp.2265.de.html>

b. Formaliser les mécanismes et espaces de coordination entre tous les acteurs afin d'assurer des relations structurées et de favoriser la multidisciplinarité

La création de ces mécanismes et espaces de coordination facilite, tout comme les données partagées des patients, la mise en place d'un système de vases communicants entre les différents acteurs, mécanismes de coordination que le nombre important d'intervenants implique obligatoirement. La multidisciplinarité des équipes de soins intégrés passe en effet par la formalisation de mécanismes et d'espaces dédiés entre les différents professionnels. Ces outils sont absolument nécessaires à la **structuration des relations** qui doivent être tant écrites qu'orales, répondre à des enjeux de formalisme et de traçabilité, et permettre un flux d'information constant pour le patient.

Parmi les mécanismes de coopération, on retrouve diverses modalités :

- existence d'une communication informelle
- création de dispositifs de liaison
- standardisation des résultats
- mise en place de groupes de travail
- développement d'un système d'information clinique intégré
- suivi de processus de travail

Tableau 3 : Mécanismes et espaces de coordination entre acteurs des soins intégrés⁷⁶

Base de coordination	Mécanismes théoriques de travail	Instrument de coordination des soins de santé	
Normalisation	Processus de travail	Guides de pratiques cliniques, plans de soins, guides de pharmacie, planification des congés, protocoles, critères et circuits de dérivation	
	Compétences	Système d'experts : sessions cliniques, consultation des cas, formation continue, rotation des professionnels, consultations à distance, etc.	
	Résultats	Standardisation des résultats	
Adaptation mutuelle	Communication informelle	Mail, web, téléphone, relations informelles, etc.	
	Dispositifs de mise en relation	Postes de liaison	Case manager UFISS, PADES, internes de liaison
		Groupe de travail	Elaboration GPC, critères de dérivation, etc.
		Comités permanents	Comités GPC, CIMS, pharmacie, etc.
		Directives d'intégration	Directeur de la zone intégrée
		Structures matricielles	Unités fonctionnelles, régions cliniques, etc.
Système d'information vertical	Système d'information clinique intégrée		

Les expériences internationales montrent l'importance de garantir et de structurer ces espaces de coordination, avec des mécanismes formels et structurés. L'adaptation mutuelle de chacune des professions est une des grandes priorités des systèmes de soins intégrés.

⁷⁶ Source : Fuente, adapté de Vazquez et Vargas, 2007

« Une enquête internationale sur les politiques de santé menée par le Commonwealth Fund en 2013 a révélé une corrélation significative entre la continuité de la prise en charge exercée par le médecin de premier recours, ainsi que dans la relation avec le patient d'un point de vue global, et de meilleurs résultats en matière de coordination des soins »⁷⁷.

Figure 27 : Approches et interventions pour l'optimisation de la coordination des soins – OMS ⁷⁸



Au Nouveau-Mexique, le programme ECHO a été instauré dans l'objectif d'accroître la capacité des médecins implantés dans des territoires ruraux à prodiguer des soins complexes. Ce programme trouve son origine dans le traitement des patients atteints de l'hépatite C. Les professionnels participant à ce programme sont suivis et encadrés, notamment dans le cadre de formations dispensées à distance, permettant à l'ensemble des intervenants de s'inscrire dans une véritable communauté d'apprentissage.

Développé ultérieurement **au Royaume-Uni** pour les soins palliatifs, le programme ECHO permet à 70 % des infirmiers participant au programme de dire que leurs connaissances étaient désormais meilleures, tout comme les soins qu'ils prodiguaient aux patients. Ces temps de mise en commun des bonnes pratiques, de développement des compétences des professionnels, sont donc bénéfiques et participent à l'amélioration constante des soins et prestations proposés aux patients ⁷⁹.

La mise en place de mécanismes de coordination corrobore la définition d'une personne ressource en particulier, qui, tout au long de la prise en charge du patient, sera son référent, la personne qui assurera la fluidité de la communication à son égard, mais également entre les différents intervenants.

⁷⁷ OMS & IPCHS, Continuity and coordination of care – A practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services, 2018, 76 pages

⁷⁸ <https://integratedcarefoundation.org/wp-content/uploads/2018/08/WHO-practice-brief-on-continuity-and-coordination-of-care.pdf>

⁷⁹ Ibid.



c. Définir un point de contact unique et un professionnel référent, de type case manager, devient un élément central pour assurer la continuité des soins

Afin d'assurer une coordination efficace de la prise en charge du patient, la mise en place d'une cellule ressource ou d'une personne référente est indispensable.

Il s'agit de choisir une personne, un professionnel, de manière fixe ou aléatoire selon le type de patient et de prise en charge, qui sera l'interlocuteur privilégié à la fois du patient mais également de l'ensemble de l'équipe intervenant auprès de lui. Ce système offre la possibilité d'une **meilleure gestion de l'information entre professionnels**, permettant d'éviter les redondances ou à l'inverse les vides de prise en charge, ouvrant aussi les horizons des pratiques professionnelles, plus cloisonnées dans le système de soins classique. Il s'agit également d'une véritable opportunité pour le patient, qui recevra un grand nombre de soins prodigués par de nombreux professionnels : la mise en place d'un référent lui permettra d'avoir un interlocuteur à contacter, à questionner, quels que soient les aléas qui aient pu survenir dans le cadre de sa prise en charge.

A titre d'exemple, le **système d'Hospitalisation à Domicile (HàD)** français donne au médecin traitant un rôle clé de coordination de l'équipe, mais également auprès du patient. Dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, se pose la question de l'organisation de la responsabilité du patient hospitalisé en HàD. Celle-ci doit être clarifiée entre, potentiellement le médecin du service d'hospitalisation à l'origine du transfert du patient en HàD, son médecin généraliste, et le médecin coordonnateur de l'HàD. En France, la situation semble très claire : quel que soit le statut de l'HàD, et le mode d'adressage du patient, le médecin traitant de ce dernier est responsable de l'HàD :

- L'HàD ne peut être réalisée qu'avec son accord ;
- Il prend part à l'élaboration du protocole de soins avec le médecin coordonnateur de l'HàD ;
- Il réévalue la prise en charge du patient avec l'équipe HàD, et si besoin en lien avec le service d'hospitalisation d'origine ;
- Il prend si nécessaire la décision d'hospitalisation en milieu hospitalier classique ;
- Il décide de la sortie du dispositif d'HàD.

Le **Land de Saxe, en Allemagne**, a mis en place des coordinateurs de soins locaux, responsables de l'articulation des différents dispositifs à l'initiative d'acteurs de santé, pour tout ce qui concerne le conseil en matière de soins. Les coordinateurs dépendent du Land de Saxe, mais leur activité est rattachée au territoire d'une ville ou un canton. Chaque ville ou canton dispose d'un coordinateur dédié, responsable de la coordination, de l'animation et de l'organisation ou de l'adaptation des réseaux de soins de son territoire. Dans le cadre de ces réseaux, on compte les prestataires de soins infirmiers, les prestataires de services, tels que les caisses d'assurance maladie, et les partenaires bénévoles. Les coordinateurs de soins doivent également initier et promouvoir les différents mécanismes de soutien autour de la prise en charge médicale et infirmière, comme par exemple l'offre locale d'aide à domicile, les services de solidarité entre voisins ou les offres de garde-malade.

Ils sont le point de référence pour les patients mais aussi pour tous les organismes concernés pour les questions relatives aux soins et aux dispositifs existants en la matière. Leur fonction s'apparente aux guichets uniques évoqués précédemment. Leur poste comprend une part de case management, aussi bien en ce qui concerne la prise en charge soignante que le suivi social du patient, pour des personnes âgées principalement.

Néanmoins, ils occupent également un rôle dans les aspects liés à la gouvernance et la planification des institutions locales en matière de soins, et assument des missions d'analyse de données et de reporting en matière de soins et d'aide sociale pour leur territoire.

Les professionnels qui intègrent un système de soins intégrés doivent être polyvalents. Leurs missions et leurs tâches sont multiples et ils doivent assumer des tâches qui relèvent parfois plus de la coordination que de leurs compétences et connaissances techniques. L'intégration de soins répondant à des enjeux de prise en charge globalisée, chacun est responsable de l'ensemble des prestations proposées aux patients.

d. Permettre l'évolution du « skill-mix » des professionnels, et au-delà, l'apparition de nouvelles professions

Le développement d'un système de soins intégrés implique une évolution forte et marquée du rôle et des responsabilités des différents intervenants. Si le « case manager », ou la personne de référence dans le cadre de la prise en charge, évoqués précédemment sont des illustrations phares, c'est bien l'ensemble des professionnels qui est concerné par ces changements de paradigmes. Cette évolution implique un changement du « skill-mix » des professionnels de santé, et même **l'apparition de nouvelles professions**. Cela a de multiples conséquences, notamment sur deux aspects principaux :

- **La régulation** : les normes de référence doivent permettre de reconnaître ces changements, et doivent également prévoir un statut à part entière pour ces nouveaux professionnels.
- **La formation continue des professionnels** : les professionnels doivent être assurés dans le tournant que prennent leurs différentes activités professionnelles, et doivent donc bénéficier de formations afin de faciliter leur adaptation à ce nouveau paradigme.

Une des principales illustrations de ce « skill-mix » est le développement des pratiques avancées pour les infirmiers. Depuis le début des années 2000, en Suisse, des Universités proposent des formations de master et de doctorat, « pour habiliter les infirmières à œuvrer en pratique avancée et en recherche en soins »⁸⁰.

La pratique avancée peut être définie comme « un concept général décrivant un niveau avancé de pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation de connaissances infirmières approfondies et une compétence confirmée à travailler en collaboration interprofessionnelle. Cette pratique consiste à faire progresser la qualité et la sécurité des soins infirmiers dédiés aux personnes, familles, groupes ou communautés et à assurer leur efficacité. Cinq compétences centrales acquises au master en sciences infirmières sont à la base de la pratique infirmière avancée : (i) soins infirmiers cliniques de pointe, (ii) recherche et pratiques cliniques basées sur les données probantes, (iii) leadership, consultation et coaching, (iv) éthique et (v) collaboration interprofessionnelle »⁸¹.

Les études réalisées à ce sujet démontrent que l'introduction de la pratique avancée dans les dispositifs de soins améliorent considérablement la qualité et l'adéquation de la prise en charge, ainsi qu'un point non négligeable : **l'efficacité financière du système**, et la réduction des coûts.

L'année 2018 a été le théâtre, en France, de différentes mesures concernant la pratique avancée. Les Agences Régionales de Santé définissent la pratique avancée comme permettant « à des professionnels paramédicaux (par exemple, des infirmiers) d'exercer des missions et des compétences plus poussées, jusque-là dévolues aux seuls médecins. C'est un nouveau métier, à la frontière entre médecin et infirmier(e) »⁸². Cette mesure peut **véritablement répondre à la problématique du vieillissement de la population et de la chronicité des pathologies**, en palliant notamment certaines difficultés de démographie médicale.

Les bénéfices attendus

- Pour les **infirmiers** : de nouvelles perspectives de carrière, avec l'opportunité d'un mode d'exercice plus autonome et d'une meilleure reconnaissance, y compris financière
- Pour les **médecins** : du temps médical retrouvé et de nouvelles possibilités de coopération
- Pour les **patients** : une amélioration de l'accès aux soins, une prise en charge diversifiée et une meilleure articulation des parcours entre ville et hôpital
- Pour le **système de santé** : un renforcement des structures d'exercice coordonné en soins primaires et un surcroît de temps médical disponible⁸³.

⁸⁰ Morin, Diane, Anne-Sylvie Ramelet, et Maya Shaha. "Vision suisse romande de la pratique infirmière avancée", Recherche en soins infirmiers, vol. 115, no. 4, 2013, pp. 49-58.

⁸¹ Morin, 2012 IN Morin, Diane, Anne-Sylvie Ramelet, et Maya Shaha. "Vision suisse romande de la pratique infirmière avancée", Recherche en soins infirmiers, vol. 115, no. 4, 2013, 9 pages.

⁸² ARS, La pratique avancée : un nouveau métier d'infirmier(e) aux compétences élargies, octobre 2018.

Disponible : <https://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmiere-aux-competences-elargies>

⁸³ Ibid.

Le changement de paradigme professionnel s'accompagne également d'un changement de paradigme dans le mode de communication : les TIC font de plus en plus intégralement partie du système de santé, et favorisent la structuration des relations.

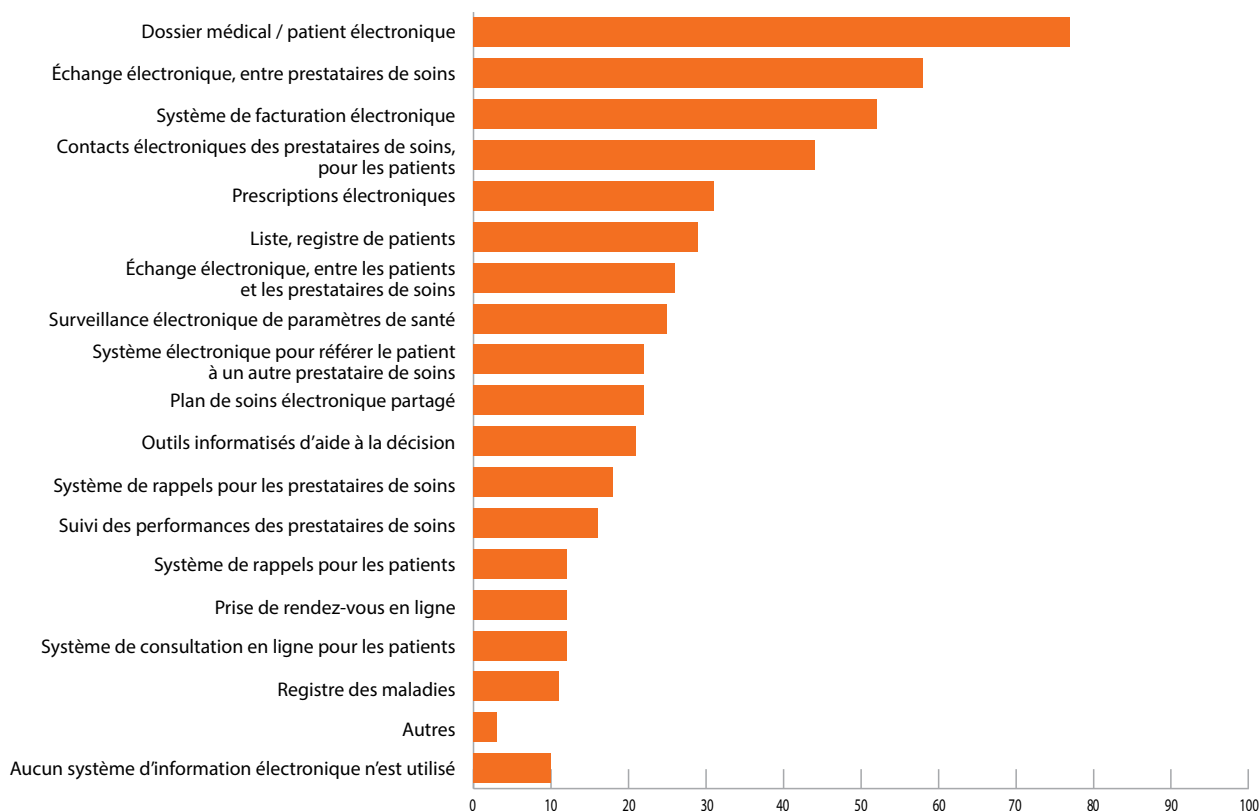
e. Développer des technologies de l'information et de la communication favorisant la structuration des relations, avec la mise en place de systèmes de gestion partagés

Dans un environnement au sein duquel la dispersion géographique est très importante, et la mobilité élevée, les technologies d'information et de communication, et les systèmes de gestion partagés favorisent la mise en place de bonnes relations entre professionnels. Les études réalisées démontrent que plus de trois quarts des initiatives de soins intégrés suisses utilisent un dossier patient informatisé.

Le rapport d'évaluation de l'Observatoire Sanitaire suisse (Obsan), réalisé entre 2015 et 2016, indique que « les acteurs ne rencontrent pas de problèmes majeurs en termes de collaboration entre les prestataires impliqués ». Le dossier patient informatisé et les échanges électroniques semblent donc répondre à cette nécessité de plateformes de communication entre professionnels.

Figure 28 : Enquête suisse sur les soins intégrés – utilisation des systèmes d'information⁸⁴

Systèmes d'information utilisés, % des initiatives (n=153)



© Obsan 2017

En France, les Services Numériques d'Appui à la Coordination (SNACs) ont pour vocation de faciliter la collaboration entre professionnels de santé et ainsi de **fluidifier le parcours de santé de l'utilisateur**. Il s'agit d'un nouveau dispositif, qui doit se déployer entre 2017 et 2021.

L'objectif est de mettre à disposition des organisations sanitaires, médico-sociales et sociales coordonnées au travers des dispositifs d'appui à la coordination (PTA, PAERPA, etc.), des outils et services numériques harmonisés, reliés et sécurisés pour une plus grande coordination du parcours de soins et une facilité de communication entre acteurs de santé du territoire.

⁸⁴ https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_dossier_57_10.pdf

Figure 29 : Outils et services de partage et de coordination⁸⁵



La Suède a développé l'outil digital « **1177 mina vårdkontakter** », soit « 1177 mes contacts de santé », un site du service public fournissant des informations sur les soins de santé prodigués aux citoyens suédois. Géré par les réseaux de santé locaux et les régions suédoises, compétentes en la matière, il est le premier réseau digital de ce type. Il consiste tout d'abord en une sorte de répertoire des ressources disponibles par régions, et est accessible selon deux modalités, une hotline téléphonique, et un site internet. Sur la ligne téléphonique 1177, disponible 24h/24, le personnel médical fournit des conseils médicaux et oriente le patient en lui indiquant le praticien ou l'établissement à consulter si nécessaire. Ce dispositif constitue une ressource à laquelle toute personne peut s'adresser, afin d'obtenir des conseils médicaux sur sa pathologie, sur les soins à recevoir, et afin d'être orientée de la manière la plus adaptée possible. Ce répertoire peut être utilisé par toute personne se trouvant sur le territoire suédois.

Il s'agit également de mettre à disposition des professionnels de santé et des réseaux de soins, des informations et des bases de données médicales, et de **réaliser des analyses de manière à améliorer la prévention et la gestion de potentielles épidémies** ou autres. Par exemple, ce réseau permet, afin de prévoir et gérer au mieux une épidémie de grippe, de transmettre aux professionnels et aux institutions de référence, des indicateurs sur l'étendue de la propagation et sur la rapidité avec laquelle le virus progresse. Pour ce faire, ce dispositif est étroitement lié à l'autorité d3e santé publique nationale. Bien entendu, les données statistiques utilisées pour ces analyses sont anonymisées⁸⁶.

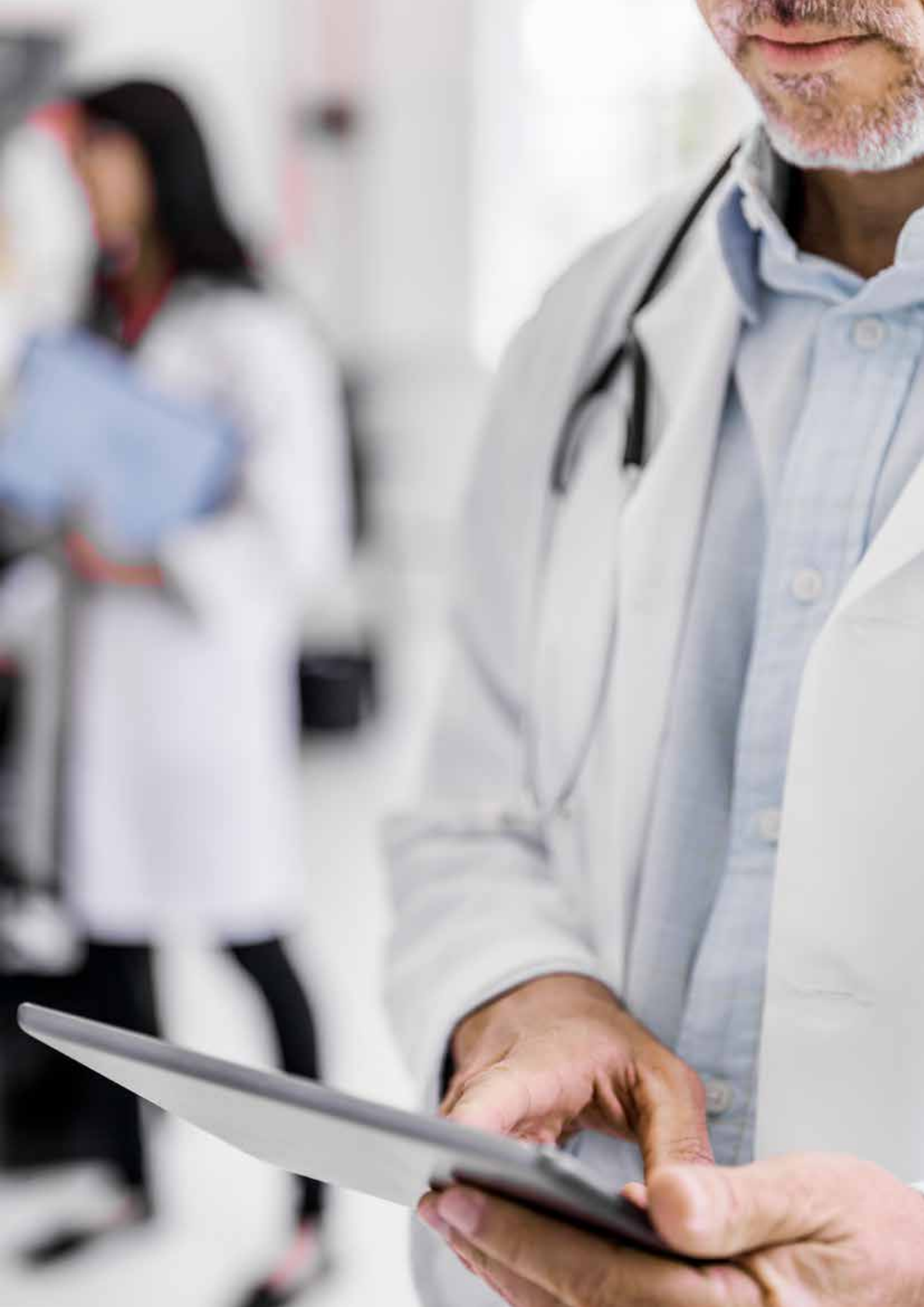
Un autre outil suédois relevant de la même initiative, le **NPÖ** (National Patient Overview), offre la possibilité à l'ensemble des professionnels de santé du pays d'accéder aux informations médicales des patients, et de partager ces informations avec d'autres acteurs de la prise en charge. En bref, ce nouveau portail permet aux médecins, au personnel médical, aux soignants et autres, de lire les dossiers des patients dans différentes municipalités et comtés. Le patient peut toutefois choisir de rendre confidentielles ou non certaines informations, dans l'éventualité où il ne souhaiterait pas que d'autres professionnels aient accès à son dossier⁸⁷.

Ces exemples plaident pour le suivi et le renforcement des initiatives développées en Belgique, entre autres via les réseaux de santé régionaux ainsi qu'au niveau fédéral (eHealth).

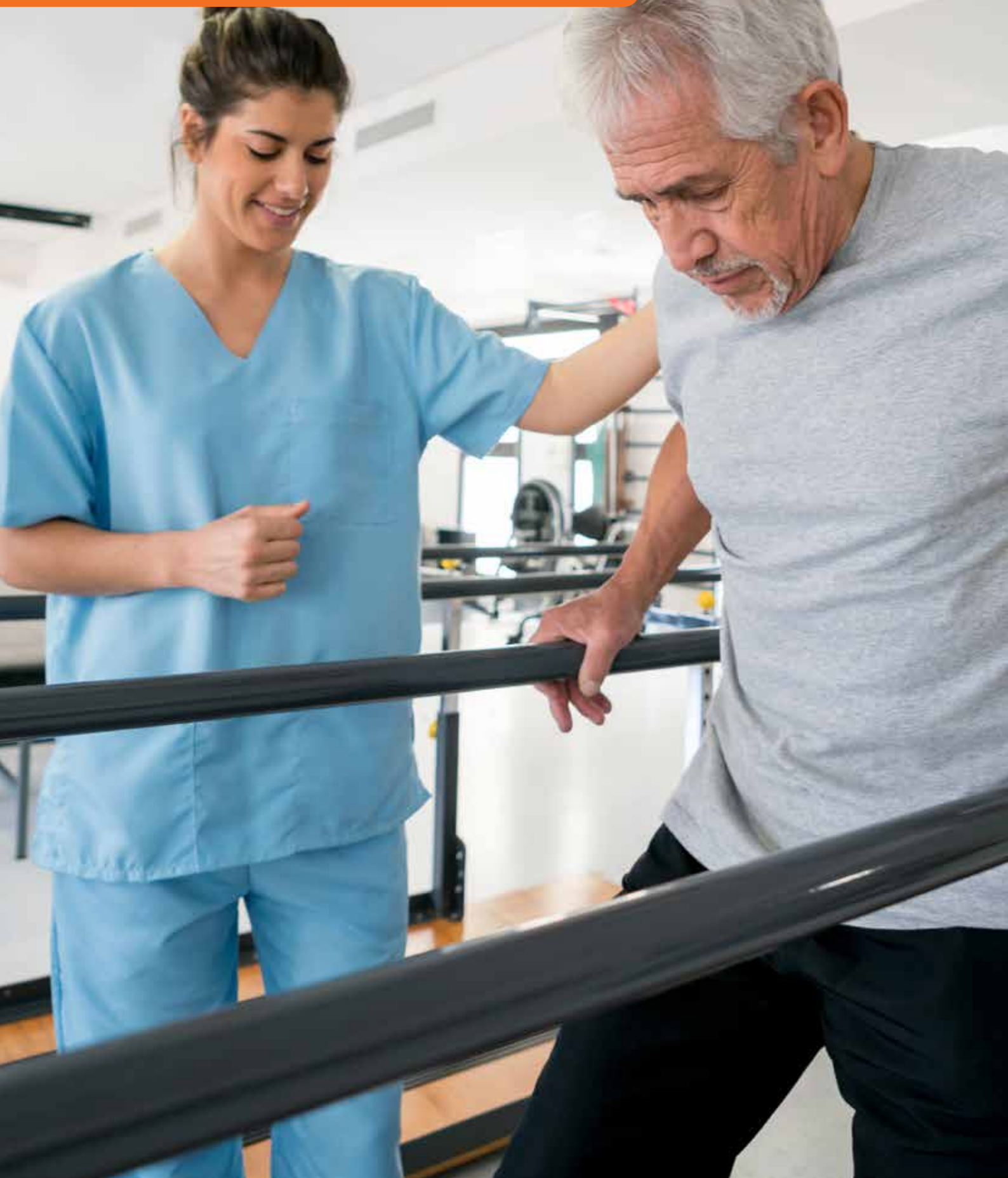
⁸⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-05/ste_20170005_0000_0031.pdf

⁸⁶ Sofia DAVIDSSON, Om 1177 Vårdguiden, Aout 2015, 3 pages

⁸⁷ Site Chorus, National Patient Overview – To see the full picture. Disponible : <https://chorus.se/en/nationell-patientoversikt/>



7. Réflexions à l'échelle micro



Dernier volet de notre analyse, les initiatives « micro » sont celles qui sont développées au niveau opérationnel ainsi qu'au niveau des pratiques professionnelles.

Les actions généralement identifiées à ce niveau consistent à garantir à cet échelon opérationnel la prise en charge du patient la plus adaptée, notamment :

- en identifiant les patients à risque afin de leur fournir des soins multidisciplinaires ;
- en définissant un plan personnalisé de santé dans une approche participative du patient et de son entourage ;
- en formalisant un trajet de soins cohérent de nature à assurer une véritable continuité des soins entre les intervenants ;
- en utilisant les TIC et notamment les applications mobiles pour mettre en place une bonne communication entre patients et professionnels et ainsi favoriser une meilleure gestion de la maladie.

Les réflexions identifiées et traitées à l'échelle micro dans ce rapport sont :

- a. Segmenter les patients afin d'identifier les patients à risque et de fournir des soins ciblés adaptés et multidisciplinaires.
- b. Définir un plan personnalisé de santé qui induit une plus grande participation du patient dans sa prise en charge.
- c. Définir et formaliser des trajets de soins pertinents s'inscrivant dans un continuum.
- d. Développer l'eHealth pour favoriser la communication entre le patient et les professionnels, et faciliter la gestion de la maladie.



a. Segmenter les patients afin d'identifier les patients à risque et de fournir des soins ciblés adaptés et multidisciplinaires

Les patients présentant des situations dont le risque est élevé doivent rapidement être identifiés afin d'éviter dans la mesure du possible une prise en charge tardive, qui engendrerait notamment des hospitalisations, un taux de réadmission élevé, une occupation inadéquate de lit aigu. Pour cette raison, distinguer les patients à risque des autres, est très important. Les indicateurs correspondant à différents profils patients permettent d'évaluer le niveau de suivi, et les options de prise en charge recommandées.

A titre d'exemple, **en France**, les **programmes de retour à domicile (PRADO)** permettent d'identifier les patients cibles pouvant bénéficier d'une **sortie anticipée**. Le programme PRADO, destiné à cibler les patients qui peuvent bénéficier d'un retour anticipé à domicile avec prise en charge coordonnée, de type Hospitalisation à Domicile, relève d'un caractère expérimental. Un PRADO a par exemple été mis en place pour les personnes âgées en particulier, et a été expérimenté dans quelques établissements (notamment le Centre Hospitalier de Coutances, en Normandie) en lien avec les filières PAERPA (Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie). Dans ce cadre, en 2015, la Haute Autorité de Santé a établi une liste de facteurs permettant le repérage des risques de réhospitalisations. Ces critères déterminent l'**éligibilité du patient au PRADO** personnes âgées.

Tout d'abord, les patients doivent être des personnes âgées de plus de 80 ans. Ensuite, les objectifs sont multiples : il s'agit d'organiser de la manière la plus efficace possible, le retour à domicile de ces patients fragiles, et d'anticiper leur perte d'autonomie. A une échelle plus macro et institutionnelle, ce programme a vocation à éviter les réhospitalisations, et à améliorer les relations ville-hôpital. Sont donc développés et renseignés par les équipes, un livret de suivi du parcours du patient et une grille d'éligibilité remplie par l'équipe médicale. Le patient doit signer un bulletin d'adhésion pour que le programme lui soit appliqué.

Les caractéristiques clés du profil des patients sont essentielles dans le cadre d'un projet d'intégration des soins, afin de définir le type de prise en charge le plus adapté. Ces renseignements seront d'autant plus faciles à obtenir et à mettre en perspective, si un projet personnalisé de santé est élaboré pour chaque patient dans le cadre de sa prise en charge.

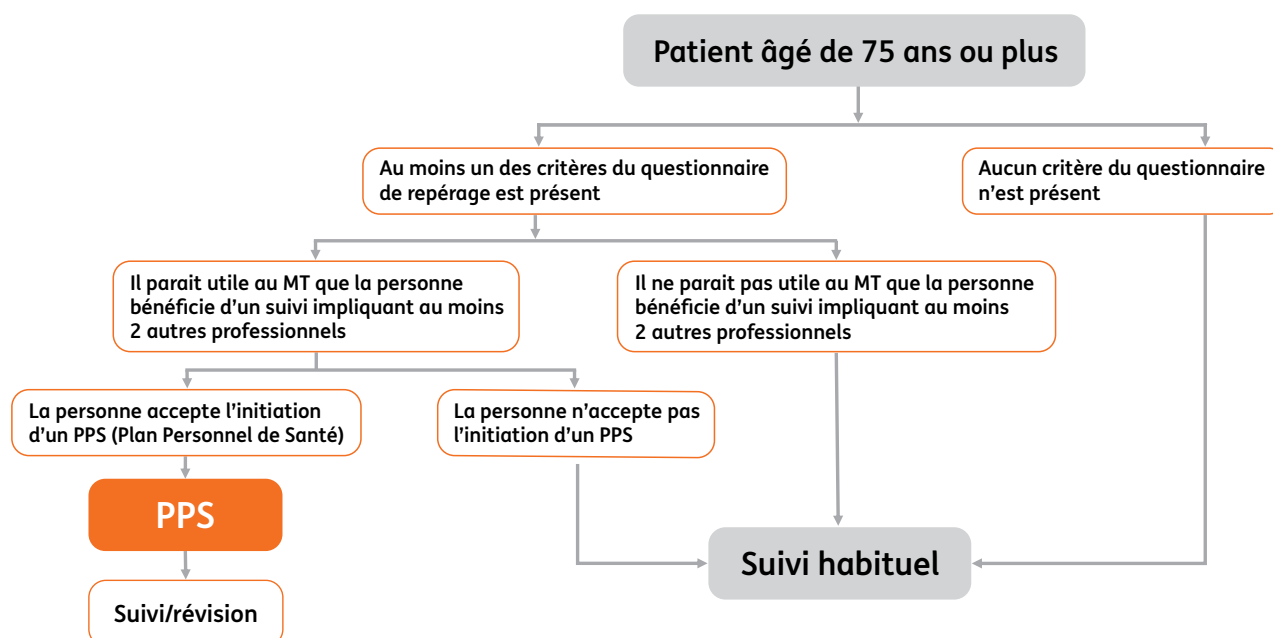
b. Définir un plan personnalisé de santé qui induit une plus grande participation du patient dans sa prise en charge

Plus que le projet de prise en charge commun élaboré par l'équipe de professionnels détaillé précédemment, le plan personnalisé et propre à chaque patient est déterminant dans sa prise en charge. L'information relative au patient est centralisée, et surtout adaptée à ses besoins, en fonction de sa situation familiale, sociale, médicale.

En 2015, en France, la HAS a élaboré un outil de suivi et d'évaluation du patient dans le cadre du programme expérimental PAERPA : le Plan Personnalisé de Santé (PPS). Le Plan Personnalisé de Santé est un plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques, et nécessitant un travail formalisé entre acteurs de proximité. Le PPS est un plan d'actions formalisé à plusieurs, sous la responsabilité du médecin traitant, pour la mise en œuvre d'interventions pluriprofessionnelles. Ses objectifs sont partagés avec le patient. Il implique donc le médecin traitant et les professionnels qui font partie de l'entourage du patient.

Il s'agit de favoriser la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique. Ce plan d'action fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne afin d'identifier les situations à problèmes. Il débouche sur un suivi et une réévaluation. Le PPS permet de gérer et d'anticiper les modalités de prise en charge.

Figure 30 : Logigramme d'élaboration du PPS⁸⁸



Le PPS participe également à la volonté « d'empowerment » du patient, littéralement de sa prise de pouvoir et de participation dans sa propre prise en charge. « **L'empowerment est un processus de transformation personnelle par lequel les patients renforcent leur capacité à prendre effectivement soin d'eux-mêmes et de leur santé, et pas seulement de leur maladie et de leur traitement comme décrit le plus souvent dans la littérature médicale** »⁸⁹.

⁸⁸ Source : Haute Autorité de Santé

⁸⁹ I. Aujoulat, L'empowerment du patient, 3 novembre 2016. Disponible : <https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/methode/27-l-empowerment-du-patient>

En ce sens, les **Pays-Bas** et l'**Angleterre** ont introduit les « **personal health budgets** », dispositifs dédiés aux soins de longue durée prévoyant des mécanismes incitatifs orientés vers les patients, de façon à les responsabiliser dans le cadre de leur prise en charge. L'objectif est aussi de pouvoir offrir à ces patients plus de choix, et plus de flexibilité en termes d'offre de soins. Par l'intermédiaire de ces programmes, des aides financières sont versées aux patients, afin de financer les soins à domicile dont ils ont besoin. Les patients sont libres de choisir eux-mêmes les structures vers lesquelles ils souhaitent se tourner (professionnelles ou non professionnelles) pour les soins infirmiers ou les différents services de soutien. Ce dispositif de « **personal health budgets** » offre finalement au patient une grande liberté, puisqu'ils sont en capacité d'exprimer eux-mêmes quels soins sont les plus appropriés, de manière à éviter les situations « top-down », rencontrées lorsque des soins et services similaires sont fournis à tous les patients, indépendamment de leur contexte personnel. Le véritable objectif de cette initiative est de donner aux patients plus de contrôle et d'autonomie quant à leurs soins, afin notamment de déplacer la balance décisionnelle et hiérarchique, des professionnels aux bénéficiaires de soins.

Aux Pays-Bas, ces budgets personnels de santé sont devenus si populaires qu'ils ont représenté une augmentation de coût telle, que le gouvernement a fait une réforme très importante : il a été décidé que l'allocation des budgets personnels serait limitée aux personnes qui, en l'absence de cette aide financière, seraient transférées à l'hôpital, ou dans un établissement d'hébergement médico-social.

En Angleterre, du point de vue de l'intégration de soins, l'étude de l'impact des « **personal health budgets** » montre qu'ils peuvent être utilisés pour la promotion d'une meilleure intégration des soins. En outre, il a été constaté, que les individus bénéficiant de ces budgets personnels de santé ont modifié la combinaison de services qu'ils utilisaient auparavant, et ont augmenté significativement leur recours aux services sociaux, ainsi qu'aux services hospitaliers, au profit d'intervention de dispositifs s'inscrivant dans une démarche de soins intégrés.

L'empowerment est parfois considéré comme une conséquence de la mise en œuvre de dispositifs d'éducation du patient⁹⁰. La Haute Autorité de Santé, en France, définit l'**éducation thérapeutique du patient (ETP)**, comme un processus continu, visant à **aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique**, et faisant partie intégrante de la prise en charge, de façon permanente⁹¹.

La notion d'empowerment du patient est incontournable dans un contexte dans lequel la plupart des systèmes de santé cherchent à replacer le patient au cœur des dispositifs. Le contexte actuel est aussi celui d'une meilleure efficacité, et au-delà, d'une pertinence et d'une qualité accrues de l'ensemble des systèmes de santé.

⁹⁰ Machintosh N., IN <https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/methode/27-l-empowerment-du-patient>

⁹¹ HAS, Education thérapeutique du patient

Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

c. Définir et formaliser des trajets de soins pertinents s'inscrivant dans un continuum

L'INAMI donne la définition suivante du trajet de soins : « un trajet de soins organise et coordonne la prise en charge, le traitement et le suivi d'un patient avec une maladie chronique »⁹². Du fait de la forte prévalence et du coût important de ces pathologies, l'INAMI a pris le parti d'organiser les parcours de soins de la façon la plus efficiente possible.

En effet, en Belgique, 28,5 % des 15 ans et plus déclarent souffrir d'au moins une affection chronique et plus d'une personne sur trois de 65 ans ou plus souffre d'au moins deux affections chroniques graves (Enquête de santé 2013 de l'Institut Scientifique de Santé Publique). D'autre part, on considère que 70 à 80 % du budget des soins de santé est consacré aux affections chroniques (The 2012 Ageing Report).

La coordination des différents acteurs qui participent, avec un objectif commun, à la prise en charge des patients dans le cadre d'une intégration des soins requiert une structuration des trajets de soins qui respecte une certaine logique de continuité et s'applique de manière transversale.

En plus de la coordination des acteurs, de l'adéquation de la prise en charge du patient, la formalisation de trajets de soins poursuit un véritable objectif de pertinence des actes et prestations fournis. De cette façon, il est nécessaire de :

- définir de façon précise le rôle et les attributions de chaque intervenant ;
- développer le « Right Care », avec une analyse de la pertinence des prestations de soins ;
- maximiser l'équité pour les patients, tout en minimisant la variabilité des soins ;
- déterminer la méthode d'évaluation des résultats obtenus.

La question qui découle de ces quatre thématiques est celle du rôle de l'hôpital dans le développement d'activités hors-les-murs, dans ce contexte où la plupart des systèmes de santé tendent à une préférence pour la prise en charge au domicile du patient.

A titre d'exemple, la mise en œuvre d'une stratégie nationale de soins intégrés aux Pays-Bas se concentre pour l'heure sur les soins prodigués à des patients atteints de maladies chroniques spécifiques, telles que le diabète ou la BPCO. Aucun programme national n'est actuellement dédié aux patients qui souffrent de multi-morbidité. Mais les soins considérés comme des soins appropriés à ces pathologies spécifiques sont définis dans un protocole ou une « norme de soins » établie au niveau national. Actuellement 14 protocoles de ce type sont disponibles. Précisons que les patients demeurent libres de participer à ces dispositifs de soins intégrés ou d'organiser eux-mêmes les soins nécessaires à leur prise en charge.

Il ne peut y avoir de prise en charge pertinente sans communication, sans analyse, traçabilité ou retours d'expérience. Pour cette raison, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication est indispensable, car elle crée du lien entre patients et professionnels, permet de mieux gérer les relations interprofessionnelles et donc facilite la gestion de la pathologie.

⁹² INAMI, Trajets de soins, Disponible : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/Pages/trajets-de-soins.aspx>



d. Développer l'eHealth pour favoriser la communication entre le patient et les professionnels et faciliter la gestion de la maladie

Les TIC sont multiples et revêtent des formes très différentes : il peut s'agir de télémédecine, d'applications mobiles de suivi, de dossier médical partagé...

Ces technologies de l'information et de la communication ont connu une croissance conséquente au cours des dernières décennies – avec des évolutions constantes. Ainsi, le volume mondial des applications mobiles santé est passé de 6.000 en 2010 à 100.000 applications en 2013. Toutes fonctions confondues, une boutique comme l'App Store compte 500 nouvelles applications santé chaque mois⁹³. De la même façon, 15 milliards d'objets connectés en santé ont été recensés dans le monde en 2016, 80 à 100 milliards sont annoncés d'ici 2020.

Dans de nombreux exemples internationaux, des études montrent le rôle facilitateur que les TIC peuvent jouer, notamment dans le cadre de l'« **empowerment** » du patient, d'une meilleure gestion du traitement de la pathologie dans sa globalité, et dans la transmission d'indicateurs, entre autres.

En ce sens, les objets connectés et applications mobiles peuvent permettre un suivi plus rigoureux des maladies chroniques, via la communication de données d'alerte⁹⁴ à leur utilisateur, et la possibilité de remédier plus rapidement à une situation préoccupante.

À titre d'exemple, notons le développement d'une **application mobile**, par un oncologue de la Clinique Victor Hugo et chercheur au CNRS, **permettant de détecter des rechutes du cancer du poumon**. « Le patient remplit chaque semaine une grille de dix symptômes dont l'analyse par un algorithme produit une alerte qui permet, si nécessaire, de le convoquer plus tôt que le suivi classique ne le prévoit. Dans la mesure où les

⁹³ Source : Haute Autorité de Santé

⁹⁴ Ibid.

résultats d'une première étude ont montré un bénéfice de 25% de survie à un an chez les patients utilisant cette application par rapport au suivi classique, un essai clinique a été lancé. La condition du bénéfice de ce suivi est la fiabilité du matériel et sa simplicité d'utilisation »⁹⁵.

Le développement de **dossiers patients informatisés** permet également de mettre en place une communication entre médecin et patient, aspect important dans le cas des patients complexes, qui sont susceptibles d'avoir besoin d'être très fréquemment en contact avec leurs médecins.

De la même façon, le développement de la **télémédecine** est crucial pour la fluidification et la simplification de la gestion de la maladie.

Mise en œuvre en France en 2018, l'expérimentation ETAPES encourage et soutient financièrement le déploiement de projets de télésurveillance cohérents et pertinents sur l'ensemble du territoire.

Il peut être intéressant d'illustrer l'apport de la télémédecine pour le parcours des patients. Les TIC peuvent revêtir un rôle de déplacement, de **transfert de l'expertise**, par exemple entre les Centres Hospitaliers Universitaires – possédant un rôle de recours et d'expertise – et les hôpitaux de proximité et autres structures de soins, qui ne disposent pas de cette expertise de par leurs activités et leurs ressources.

En ce sens, Donglan Zhang (de l'université de Géorgie) et ses collègues ont analysé la croissance des services de télémédecine pour les **accidents vasculaires cérébraux** entre 2008 et 2015, en particulier dans les zones rurales. Les résultats montrent que les patients ayant reçu ces services de téléassistance avaient davantage de chance de recevoir par la suite les traitements appropriés que ceux n'ayant pas eu accès à de tels services⁹⁶.

Ce déplacement de l'expertise peut bénéficier à d'autres spécialités, comme par exemple la **néonatalité**. Ainsi, Jordan Albritton et ses collègues ont étudié un programme à Intermountain Healthcare qui fournit une réanimation vidéo-assistée pour les nouveau-nés dans les hôpitaux communautaires. Le programme réduit le taux de transferts de nouveau-nés vers des hôpitaux tertiaires – un changement qui, selon les auteurs, permettrait aux familles de rester plus proches de leur domicile, d'améliorer le soutien social et d'augmenter les ressources financières des hôpitaux communautaires, tout en réduisant les coûts et les risques attribués aux transferts⁹⁷.

De manière globale, **les effets bénéfiques sont multiples** : on observe un meilleur partage de connaissance entre professionnels, qui conduit inexorablement à une montée en compétences et à une meilleure prise en charge des patients, avec une expertise nouvelle dans les structures de proximité, y compris pour les patients relativement complexes.

Au-delà des apports pour les professionnels et patients rattachés à des hôpitaux de proximité, la télémédecine (mais également d'autres TIC) peut permettre de **renforcer la pertinence globale du système hospitalier** – et ainsi contribuer à **simplifier et améliorer le parcours patient**. Déplacer l'expertise dans les hôpitaux et autres structures de proximité (ainsi que les maintiens à domicile qui seront également envisageables via les TIC) et permettre une montée en compétence des personnels va **conduire inévitablement à ce que seulement les patients les plus lourds, aux parcours complexes, soient hospitalisés dans les grands centres hospitaliers détenant la plus grande expertise**. Ainsi, les patients hospitalisés dans ces structures – parce que plus complexes – bénéficieront davantage des plateaux techniques et de l'expertise de ce type d'établissement. Cela conduirait donc globalement à une plus grande pertinence de l'hospitalisation et à une meilleure gestion et prise en charge du patient complexe.

⁹⁵ Ibid.

⁹⁶ Alan R. WEIL, Telehealth, décembre 2018. Disponible : <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2018.05262>

⁹⁷ Ibid.

Conclusion



Face aux besoins engendrés par la transition démographique et épidémiologique, les systèmes de santé fragmentés ont montré leurs limites. Pour y remédier, de nombreuses initiatives d'intégration des soins ont vu le jour. Pour être efficiente, la prise en charge des soins aigus doit bénéficier de synergies médico-sociales, tant en institution qu'au domicile. De plus, la convalescence et la réhabilitation doivent être traitées avec la même importance que les aspects strictement diagnostiques et thérapeutiques.

Une faible proportion de la population occasionne une part très importante des coûts du système de santé. Malgré l'indiscutable amélioration de la santé et de l'espérance de vie de ces personnes, l'offre de soins est souvent inadaptée à leurs besoins spécifiques. Pour une meilleure adéquation entre offre et demande, la **continuité des soins** est un facteur essentiel.

Les réseaux de soins intégrés développés dans de nombreux pays entendent répondre à cette nécessité d'intégration et de continuité des soins. C'est également le cas en Belgique, où le débat portant sur les réseaux hospitaliers locorégionaux⁹⁸ a déjà partiellement couvert la question.

Dans notre rapport, nous avons mis en évidence les différentes modalités permettant de favoriser l'intégration des soins entre les différents intervenants de la prise en charge des patients. Nous avons ciblé essentiellement les patients complexes, aux besoins de soins et d'accompagnement importants. Les différents modèles et pays analysés préconisent le développement de **réseaux de soins intégrés**. Comment ces réseaux se distinguent-ils des réseaux hospitaliers locorégionaux ?

Tout d'abord, il s'agit de deux typologies de réseaux aux **périmètres** distincts : les réseaux locorégionaux visent à coordonner un ensemble d'hôpitaux de soins aigus, tandis que les réseaux de soins intégrés entendent coordonner tous les intervenants (en ce compris ceux en amont et en aval de l'hôpital) autour de la prise en charge du patient.

Les **objectifs** poursuivis ne sont pas les mêmes : les réseaux hospitaliers visent la rationalisation de l'offre, tandis que les réseaux de soins intégrés visent eux la continuité des soins.

La mesure de la **qualité** diffère, elle, légèrement selon le type de réseau en ce sens que les premiers analysent les résultats cliniques obtenus, alors que les seconds veillent (au-delà de la qualité du soin en tant que tel) à éviter toute rupture dans le parcours du patient grâce à une vision globale de sa prise en charge.

Les **politiques** qui régulent les réseaux hospitaliers ciblent le développement d'un financement progressivement forfaitaire et d'une adaptation de la régulation par l'introduction d'un nouveau niveau (le réseau) dans le système de gouvernance : la régulation est davantage orientée vers les résultats à atteindre, et moins vers le processus pour y arriver. Dans les réseaux de soins intégrés, les politiques tendent à favoriser l'alignement entre les différents acteurs, et ce, tant au niveau du projet thérapeutique autour des patients qu'à celui du financement.

Le modèle de **financement** des réseaux hospitaliers préconise la mise en place progressive d'une forfaitisation nuancée de l'activité. Dans les réseaux de soins intégrés, nous observons également une plus importante intégration, avec des modèles qui intègrent un montant unique pour l'ensemble des acteurs (cfr le « bundle payment ») et qui recherchent la cohérence des incitatifs avec les différents acteurs. Cette cohérence des incitatifs induit l'alignement de leurs objectifs, avec notamment l'introduction de modèles qui encouragent le développement du « value based healthcare ».

L'impact sur les hôpitaux de ces deux types de réseaux n'est pas le même :

- Dans le cas des réseaux hospitaliers : réorganisation et reconversion de l'offre conduisent à une consolidation des hôpitaux.
- Dans le cas des réseaux de soins intégrés : reconfiguration et développement permettent de nouvelles modalités de prise en charge.

Il s'agit donc de deux typologies d'initiatives différentes, bien que complémentaires. On ne peut qu'insister sur l'intérêt qu'il y a à renforcer cette complémentarité.

⁹⁸ Projet de loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux.

	Réseaux hospitaliers locorégionaux	Réseaux de soins intégrés
Objet	Coordonner les hôpitaux de soins aigus	Coordonner structures aiguës et structures de convalescence, de transition, de médecine générale, de soins à domicile, etc
But	Rationalisation et performance de l'offre hospitalière	Continuité des soins
Mesure de la qualité	Résultats cliniques	Vision globale de la prise en charge et continuité dans les parcours des patients
Clés de réussite	Volume d'activités, diminution de la variabilité clinique, économies d'échelle...	Partage de l'information, et financement <i>Value based healthcare</i>
Politiques	Financement forfaitaire, normes d'agrément, régulation orientée résultats et non processus	Favoriser l'alignement des objectifs dans le projet thérapeutique et dans le financement
Complexité de la gouvernance	Moyenne	Elevée
Financement	Forfaitisation progressive et nuancée	<i>Bundled payment</i> et cohérence des incitatifs aux différents acteurs
Impact sur les hôpitaux	Consolidation des hôpitaux suite à une réorganisation et reconversion de l'offre actuelle	Déconstruction des hôpitaux et développement de nouvelles formes de prise en charge

Dans ce rapport nous avons montré que l'intégration des soins doit trouver soutien et ancrage dans **quatre forces majeures de changement** : la force politique, la force organisationnelle, le financement et l'innovation technologique.

Au-delà des aspects identifiés au niveau international, nous pouvons conclure que les **5 pistes de réflexion qui permettront de renforcer l'intégration des soins en Belgique** sont les suivantes :

1. Dépasser les limites de la répartition des compétences pour plus de concertation entre les différents niveaux de pouvoir, et ainsi établir un ensemble de lignes de conduite à la fois ambitieuses et réalistes. Au-delà de la question politique, concilier et faire travailler ensemble deux mondes aux cultures professionnelles, aux valeurs et aux formes d'intervention très différentes.
2. Mettre en place les mêmes espaces de concertation au niveau territorial et au niveau stratégique, en amont de l'exécution sur le terrain. Accorder au patient la place centrale qui lui revient par une analyse des besoins réels du territoire et une définition concertée des modalités de gouvernance, grâce à la collaboration entre les différents acteurs.
3. Le renforcement de la prise en charge des moyens et longs séjours, ainsi que de l'activité hors-murs des institutions requiert de repenser le rôle des différents intervenants, que ce soit en amont ou en aval, mais également de créer une nomenclature adaptée (ex : INAMI). Il est important de progresser dans cette démarche en favorisant la définition d'objectifs de financement alignés entre tous les acteurs. En ce sens, il faut progresser plus rapidement dans les enseignements tirés des différents projets pilotes existants.
4. La prévention est essentielle et doit être renforcée. Cela nécessite de clarifier les rôles et les retours financiers des différentes entités concernées (la majeure partie des ressources disponibles étant concentrées dans les hôpitaux).
5. Les hôpitaux jouent un rôle majeur. Leur expertise clinique, leurs compétences, les données médicales et infirmières dont ils disposent au sujet des patients, etc. font qu'ils peuvent jouer un rôle déterminant de coordinateur. L'hôpital reconfiguré, ouvert à une possible diversification des formes de prise en charge, peut contribuer à développer l'activité « hors les murs », et tout en même temps répondre aux pressions de rationalisation de ses ressources.

Liste des notes de bas de page

- 1 L'index "Sp" fait référence au service spécialisé de traitement et de réadaptation fonctionnelle.
- 2 Pr. ém. Guy Durant, Les institutions de soins de réadaptation en Belgique, 22 novembre 2018
- 3 HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire – Coordination des parcours. « Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? », Septembre 2014, 46 pages
- 4 RUPTURE, Revue transdisciplinaire en santé, Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre, 2001, 15 pages, http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup082_038.pdf
- 5 OMS, Integrated Health Services – What and why?, Technical Brief No.1, Mai 2008, 10 pages
- 6 HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ? », Septembre 2014, 38 pages
- 7 France Stratégie, Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France, Juin 2017, 68 pages
- 8 DREES, Etudes & Résultat – Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable, Janvier 2018, 2 pages
- 9 Alfonsina Faya-Robles, « La personne âgée « fragile » », Anthropologie & Santé [En ligne], 17 | 2018, mis en ligne le 12 novembre 2018, consulté le 10 janvier 2019.
- 10 IUGM, Intégration des soins : Concepts et mise en œuvre, 13 pages
- 11 Ibid.
- 12 HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ? », Septembre 2014, 38 pages
- 13 National Center for Complex Health and Social Needs, the Center for Health Care Strategies, and the Institute for Healthcare Improvement, Décembre 2018, Blueprint for complex care - The Complex Care Ecosystem.
- 14 Goodwin N, Alonso A, Understanding integrated care: the role of information and communication technology in Muller S, Meyer I, Kubitschke L (Eds) Beyond Silos: The way and how of eCare, IGI Global, 2014
- 15 HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire – Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? », Septembre 2014, 46 pages
- 16 Ibid.
- 17 CHSRF-FCRSS, Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins, Mars 2002, 54 pages
- 18 N Engl J Med, Bluethmann et al.1, IN Charles L. Shapiro, Cancer Survivorship, 20 Décembre 2018
- 19 Sylvie Provost, Raynald Pineault, Dominique Grimard, José Pérez, Michel Fournier, Yves Lévesque, Johanne Desforges, Pierre Tousignant, et Roxane Borgès Da Silva, Mise en œuvre d'un réseau intégré de prévention et de gestion du risque cardiométabolique en première ligne à Montréal : une plus grande coordination des soins avec les médecins de première ligne a-t-elle un impact sur les résultats de santé ?, PSPMC: Volume 37-4, avril 2017
- 20 Ibid.
- 21 Site : <https://www.integreo.be/fr/pres-de-chez-vous>
- 22 Site : <https://www.integreo.be/fr/node/103>
- 23 Source : M Health Belgique
- 24 Melissa D. Aldrige et Amy S Kelley, The Myth Regarding the High Cost of End-of-Life Care, Décembre 2015. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4638261/>
- 25 Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017
- 26 Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017
- 27 Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017
- 28 Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017
- 29 Source : Concentration des dépenses de soins de santé : mise en évidence à l'aide des données de l'AIM, Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, juin 2015 (donnée 2012)
- 30 OMS, Thème de Santé – Maladies Chroniques. Disponible : https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
- 31 Mutualités libres, Envol du coût des maladies chroniques, Mars 2018
- 32 Source : Envol du coût des maladies chroniques; Mutualités libres, Mars 2018
- 33 Source : Eurostat, ECHI - European Core Health Indicators, 2018
- 34 Source : Eurostat, ECHI - European Core Health Indicators, 2018
- 35 Wammes JJG, van der Wees PJ, Tanke MAC, et al. Systematic review of high-cost patients' characteristics and healthcare utilisation. BMJ Open 2018
- 36 (1) Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, Leal J, Luengo-Fernandez R, et al. European Cardiovascular Disease Statistics. Brussels: European Heart Network
(2) Eurostat. HEDIC: Health Expenditures by Diseases and Conditions. Luxembourg : Publications Office of the European Union; 2016
(3) Luengo-fernandez R, Leal J, Gray A, Sullivan R. Economic burden of cancer across the European Union : a population-based cost analysis. Lancet Oncol [Internet]. Elsevier Ltd; 2013;14(12):1165–74

- 37 Source : OCDE 2017
- 38 Source : OCDE 2017
- 39 Source : Eurostat 2017
- 40 Source : Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique, SPF Santé publique, 2017
- 41 Source : Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique, SPF Santé publique, 2017
- 42 Source : OCDE 2017
- 43 Source : OECD Health Statistics 2018 “Ressource et utilisation des soins longue durée”
- 44 Illustration d’Antares Consulting sur base d’information du projet INTEGRATE, Site : <http://www.projectintegrate.eu.com/>
- 45 ANAP, « Élaborer un projet médical partagé de GHT », octobre 2016
- 46 Pour les personnes âgées, Le gestionnaire de cas, Avril 2015. Disponible : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/le-gestionnaire-de-cas>
- 46 Ibid.
- 47 HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire – « Coordination des parcours. Comment organiser l’appui aux professionnels de soins primaires ? »
- 49 Ibid.
- 50 Case Management : des workflows plus flexibles, des demandes mieux traitées, décembre 2018
- 51 OMS & IPCHS, Continuity and coordination of care – A practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services, 2018, 76 pages
- 52 SOLLIS, The importance of population segmentation for integrated health and care. Disponible : <http://www.sollis.co.uk/sollis-insights/population-segmentation-integrated-health-care/>
- 53 NHS Clinical Commissioners, Stepping up to the place – The key to successful health and care integration, 32 pages
- 54 BMJ Open, Research Enhancing risk stratification for use in integrated care: a cluster analysis of high-risk patients in a retrospective cohort study, Janvier 2019, 8 pages
- 55 OMS & IPCHS, Continuity and coordination of care – A practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services, 2018, 76 pages,
- 56 OMS, Integrated care models: an overview – working document, Octobre 2016, 42 pages
- 57 CNSA, page MAIA, Février 2015. Disponible <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>
- 58 Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Maggie De Block, Plan Evidence-Based Practice : les soins les plus adéquats pour chaque patient, Communiqué de presse 25 septembre 2017. Disponible : <http://www.deblock.belgium.be/fr/plan-evidence-based-practice-les-soins-les-plus-ad%C3%A9quats-pour-chaque-patient>
- 59 Halley des Fontaines V., Alla F., Apprendre à décider : l’Evidence Based Public Health. Santé Publique Vol. 19, 2007. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-hs-page-135.htm>
- 60 Canton de Vaud, Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022, 2017, 60 pages
- 61 Agence Régionale de Santé Guyane, Easis, Information et sensibilisation autour de la Plateforme Territoriale d’Appui et les Services Numériques d’Appui à la Coordination, Octobre 2018, 20 pages
- 62 David Buck, Alex Baylis et Durka Dougall, A vision for population health – Toward a healthier future, novembre 2018, 89 pages
- 63 HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire – “Coordination des parcours. Comment organiser l’appui aux professionnels de soins primaires?”
- 64 David N. BERNSTEIN, Réseaux de soins et forfaits à la pathologie aux Pays Bas, février 2012. Disponible : http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2012/02/01/cercle_42934.htm#pHZiozclwFTXQLo5.99
- 65 Bernstein, David. “Pays-Bas : la théorie de la concurrence régulée à l’essai”, Les Tribunes de la santé, vol. 30, no. 1, 2011, 21 pages
- 66 Ibid.
- 67 Van de Ven W.P.M.M., Schut F.T., The first decade of market oriented health care reforms in the Netherlands, Institute of Health Care Policy and Management, Erasmus University, Rotterdam, 2000., IN Bernstein, David. “Pays-Bas : la théorie de la concurrence régulée à l’essai”, Les Tribunes de la santé
- 68 Bernstein, David. “Pays-Bas : la théorie de la concurrence régulée à l’essai”, Les Tribunes de la santé, vol. 30, no. 1, 2011, 21 pages
- 69 David N. BERNSTEIN, Réseaux de soins et forfaits à la pathologie aux Pays Bas, février 2012. Disponible : http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2012/02/01/cercle_42934.htm#pHZiozclwFTXQLo5.9
- 70 Antoine Malone, Responsable du pôle “Prospective” de la Fédération hospitalière de France (FHF), 4 septembre 2018, IN <https://www.reseau-hopital-ght.fr/actualites/amenagement-du-territoire-coordination-des-soins/cooperations-partenariats/responsabilite-populationnelle-cinq-territoires-s-engagent.html>
- 71 Direction Générale de l’Offre de Soins, Article 51 LFSS 2018 Webinaire AMI – Financement à l’épisode de soins, 13 juin 2018

- 72 ASIP SANTE, Etude sur la télésanté & télémedecine en Europe, Mars 2011, 168 pages
- 73 Medworxx An Aptean Company. 2016. Use of standardized clinical criteria improves patient flow and accelerates discharge. Disponible : <http://www.apteran.com/assets/pdfs/resources/documents/medworxx/APT-MW-Whitepaper-CC-EN.pdf>
- 74 Document ARS Guyane PTA
- 75 Source : <https://www.gesundheitsinformation.de/was-sind-disease-management-programme-dmp.2265.de.html>
- 76 Source : Fuente, adapté de Vazquez et Vargas, 2007
- 77 OMS & IPCHS, Continuity and coordination of care – A practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services, 2018, 76 pages
- 78 <https://integratedcarefoundation.org/wp-content/uploads/2018/08/WHO-practice-brief-on-continuity-and-coordination-of-care.pdf>
- 79 Ibid.
- 80 Morin, Diane, Anne-Sylvie Ramelet, et Maya Shaha. "Vision suisse romande de la pratique infirmière avancée", Recherche en soins infirmiers, vol. 115, no. 4, 2013, pp. 49-58.
- 81 Morin, 2012 IN Morin, Diane, Anne-Sylvie Ramelet, et Maya Shaha. "Vision suisse romande de la pratique infirmière avancée", Recherche en soins infirmiers, vol. 115, no. 4, 2013, 9 pages.
- 82 ARS, La pratique avancée : un nouveau métier d'infirmier(e) aux compétences élargies, octobre 2018. Disponible : <https://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmiere-aux-competences-elargies>
- 83 Ibid.
- 84 https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_dossier_57_10.pdf
- 85 https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-05/ste_20170005_0000_0031.pdf
- 86 Sofia DAVIDSSON, Om 1177 Vårdguiden, Aout 2015, 3 pages
- 87 Site Chorus, National Patient Overview – To see the full picture. Disponible : <https://chorus.se/en/nationell-patientoversikt/>
- 88 Source : Haute Autorité de Santé
- 89 I. Aujoulat, L'empowerment du patient, 3 novembre 2016. Disponible : <https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/methode/27-l-empowerment-du-patient>
- 90 Machintosh N., IN <https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/methode/27-l-empowerment-du-patient>
- 91 HAS, Edication thérapeutique du patient
Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
- 92 INAMI, Trajets de soins, Disponible : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/Pages/trajets-de-soins.aspx>
- 93 Source : Haute Autorité de Santé
- 94 Ibid.
- 95 Ibid.
- 96 Alan R. WEIL, Telehealth, décembre 2018. Disponible : <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2018.05262>
- 97 Ibid.
- 98 Projet de loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux.

ING Belgique S.A. • Banque/Prêteur • Avenue Marnix 24, B-1000 Bruxelles • RPM Bruxelles • TVA BE 0403.200.393 •
BIC : BBRUBEBB • IBAN : BE45 3109 1560 2789. Courtier en assurances inscrit à la FSMA sous le n° 12381A •
www.ing.be • Éditeur responsable : Philippe Wallez • Cours Saint-Michel 60, B-1040 Bruxelles • 715114F • 03/19

