



Santé Publique

RESEAUX DE SANTE

Ce cours est à mettre en relation avec l'approche populationnelle (concepts et perspectives). En effet, dans cette approche, on cherche à répondre aux besoins exprimés et non exprimés de la population d'un territoire donné par la mise en place de dispositifs pertinents et coordonnés. C'est cette partie-la que nous allons voir : comment améliorer la coordination, pourquoi le travail en réseaux est-il intéressant et en quoi les dispositifs intégrés sont-ils une réponse appropriée pour répondre aux besoins de la population.

PLAN

- | | |
|--|---|
| I. Notion de transition épidémiologique | IV. Coordonner les parcours de soins |
| II. Situation actuelle de l'offre de soins | A. Définitions |
| A. Situation actuelle | B. Coordinations |
| B. Evolution de l'offre et de la demande | C. L'intégration |
| III. Notion de complexité | D. Trois grands niveaux d'intégration des services (Leutz) |
| A. Intervenir dans un contexte de complexité | E. Le développement de modèles de gestion de cas et d'intégration |
| B. Les critères de choix de la forme d'un réseau | F. Le gestionnaire de cas |
| C. Mécanisme de coordination des réseaux | V. Conclusion |

I. NOTION DE TRANSITION EPIDEMIOLOGIQUE

L'espérance de vie a **augmenté** depuis 1980 dans les pays occidentaux ; elle est **supérieure** chez les femmes comparée aux hommes. La France fait partie des pays dans lesquels on vit le plus longtemps (> 75/80ans).

La dépendance (=perte d'autonomie) est en **augmentation** (de façon exponentielle) notamment chez les personnes âgées de plus de 80 ans ; elle est **liée** au nombre de pathologies présentes en même temps.

II. SITUATION ACTUELLE DE L'OFFRE DE SOINS

A. Situation actuelle

- **Cloisonnement** important entre le **secteur hospitalier** et le **secteur ambulatoire (ville)**.
- **Cloisonnement** entre le **secteur médical** et le **secteur social**.
- Peu ou **pas de transmission** d'informations.
- Professionnels de santé **isolés** dans leurs pratiques.

➔ **Écarts** importants entre ce que l'on sait (données scientifiques) et ce que l'on fait en santé.

B. Evolution de l'offre et de la demande



Transition démographique et épidémiologique

- **Augmentation** de l'**espérance de vie**
- **Augmentation** des **maladies chroniques**



Développement des connaissances et des technologies

- **Augmentation** de l'éventail des **compétences**
- **Augmentation** des **coûts**

➔ **Augmentation** de la **complexité**

III. NOTION DE COMPLEXITE

La complexité est caractérisée par une **imprévisibilité** qui ne peut être éliminée.

Comparaison entre modèles simples, compliqués et complexes :

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

A. Intervenir dans un contexte de complexité



Augmenter le degré de certitude

- Adopter une vision commune (consensus sur le but à atteindre)
- Accroître nos connaissances et notre compréhension du système.



Encourager la créativité et les comportements adaptatifs

- Guider avec des règles minimales
- Développer les relations et faciliter la communication
- Accroître la circulation de l'information
- Recourir à l'expérimentation.

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

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

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

◇ Le réseau est un mode d'organisation.

C. Mécanismes de coordination des réseaux

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

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

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

IV. Coordonner les parcours de soins

A. Définitions



Interdépendance :

- Quand les acteurs des problèmes doivent résoudre des problèmes collectivement.
- Nécessite la coopération des acteurs.



Coopération :

- Mode de relation privilégiée par les acteurs en interdépendance.
- S'oppose à la compétition.



Coordination :

- Ensemble des arrangements pris par les acteurs.

B. Coordinations

Le degré de coordination est celui qui est nécessaire pour satisfaire la demande sociale pour les soins et des services accessibles de qualité.

➔ Il en existe 3 types :

La coordination séquentielle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe quand un patient rencontre successivement des professionnels durant un épisode de maladie. ▪ La cohérence de la prise en charge est souvent assurée par le patient lui-même. ▪ Ce mode de coordination est adéquat quand le diagnostic est clair et qu'il commande une intervention précise et bien circonscrite dans l'espace et le temps.
La coordination réciproque	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe quand un patient est traité simultanément par plusieurs professionnels. ▪ Chaque professionnel doit tenir compte du travail des autres pour prendre en charge adéquatement les problèmes du patient. ▪ Dans ce cas, c'est souvent le patient qui est son propre agent de coordination. ▪ Ok quand le problème n'est pas trop complexe.
La coordination collective	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe quand c'est une équipe de professionnels qui assure conjointement la prise en charge du patient/ des patients selon des modalités décidées collectivement. ▪ Est particulièrement adaptée quand les problèmes de santé sont multiples ou complexes dont l'évolution dans le temps et l'espace est incertaine. ▪ C'est le cas des personnes âgées polypathologiques.

C. L'intégration

L'intégration est le processus qui permet de resserrer les liens entre les acteurs d'un système organisé (système de soins par exemple) qui coopèrent à un projet collectif (soigner une personne malade).

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

D. Trois grands niveaux d'intégration des services (Leutz)

Modèle de liaison	<ul style="list-style-type: none"> Les organisations peuvent développer des procédures plus ou moins formalisées pour faciliter leur collaboration et la transmission d'informations sur les besoins des patients. Cependant, chacune des organisations prestataires continue à avoir ses <u>propres règles de fonctionnement</u>, et un <u>domaine d'intervention et de responsabilité spécifique</u>.
Modèle de coordination	<ul style="list-style-type: none"> Chaque organisation conserve son <u>propre fonctionnement</u> mais accepte de participer à cette infrastructure ou structure virtuelle. Chaque service accepte aussi, par conséquent, d'adapter ses procédures et interventions à mesure que le réseau évolue.
Modèle d'intégration complète	<ul style="list-style-type: none"> Une seule organisation intégrée est responsable pour tous les services, qu'ils soient réunis effectivement en une même structure ou liés par contrat. Par ailleurs, toutes les ressources sont combinées, les systèmes de financement et d'éligibilité unifiés, <u>les informations partagées quotidiennement</u>. Une même organisation contrôle ainsi tous les services délivrés par des équipes multidisciplinaires (dont les gestionnaires de cas)

E. Le développement de modèles de gestion de cas et d'intégration

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

- Le **modèle de liaison** suffirait à la prise en charge des **patients** relativement **stables** et **autonomes** dans leurs décisions, demandant l'intervention d'un **petit nombre de services** et pour une **durée limitée**. (Problèmes simples~65% des cas)
- Le **modèle de coordination** interviendrait pour des personnes recevant des soins de **deux types de services au moins** en simultanée ou en séquentiel.(Problèmes compliqués~ 30% des cas)
- Le **modèle de l'intégration complète** serait approprié pour les **personnes très dépendantes**, ayant besoin d'une **large gamme d'interventions**, s'opérant souvent dans **l'urgence**. (Situation complexe~ 5% des cas)

F. Le gestionnaire de cas

Dans les modèles d'intégration, on s'appuie sur des **gestionnaires de cas** (*case managers*):

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

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

- La **continuité** et la **cohérence** du parcours de soins d'une quarantaine de personnes au plus
- Ils **évaluent leurs besoins** au domicile
- Mettent en place un **plan d'aide médico-social** ou **réorganisent le travail** des intervenants déjà en place
- S'assurent de la **réalisation des services**, et **ajustent les interventions** en fonction de l'évolution de la situation.

V. CONCLUSION

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

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