

PRISE DE POSITION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE ET GÉRONTOLOGIE SUR LE CONCEPT D'INTÉGRATION (TEXTE INTÉGRAL)

Dominique Somme, Hélène Trouvé, Yves Passadori, Alain Corvez, Claude Jeandel, Marie-Aline Bloch, Geneviève Ruault, Olivier Dupont et Matthieu de Stampa

Fond. Nationale de Gérontologie | « [Gérontologie et société](#) »

2013/2 vol. 36 / n° 145 | pages 201 à 226

ISSN 0151-0193

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2013-2-page-201.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Fond. Nationale de Gérontologie.

© Fond. Nationale de Gérontologie. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

**PRISE DE POSITION DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE ET GÉRONTOLOGIE
SUR LE CONCEPT D'INTÉGRATION** (texte intégral)

**DOMINIQUE SOMME¹, HÉLÈNE TROUVÉ², YVES PASSADORI³,
ALAIN CORVEZ⁴, CLAUDE JEANDEL⁵, MARIE-ALINE BLOCH⁶,
GENEVIÈVE RUAULT⁷, OLIVIER DUPONT⁸ & MATHIEU DE STAMPA⁹**

1. UNIVERSITÉ DE RENNES 1, FACULTÉ DE MÉDECINE. CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES
2. FONDATION NATIONALE DE GÉRONTOLOGIE, PARIS
3. CENTRE HOSPITALIER DE MULHOUSE
4. ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, MONTPELLIER
5. CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER
6. ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE, RENNES, SORBONNE PARIS CITÉ, ÉQUIPE MANAGEMENT DES ORGANISATIONS EN SANTÉ (MOS), FRANCE
7. DÉLÉGATION GÉNÉRALE DE LA SFGG, SURESNES
8. FONDATION CONDÉ CHANTILLY
9. APHP, HÔPITAL SAINTE PÉRINE, PARIS

Le concept d'intégration des soins et des services, bien que datant des années 90, n'est que récemment apparu dans les politiques publiques en France. Ce concept doit s'articuler avec celui de « coordination » qui a prévalu dans la conduite de la majorité des politiques publiques touchant le champ gériatologique depuis les années 60 en France. Afin de clarifier le concept et son adaptation à la réalité du système de soins et de services français, la Société française de gériatrie et de gérontologie a mandaté un groupe de travail interdisciplinaire. Les travaux de ce groupe sont synthétisés dans cet article.

THE POSITION OF THE FRENCH SOCIETY OF GERIATRICS AND GERONTOLOGY ON THE CONCEPT OF INTEGRATION

The concept of integrated services delivery, although dating from the 1990s, has only recently appeared in French public health policy. This concept must now be linked with "coordination" which is the base of the majority of public policies applied to the field of geriatrics since the 1960s in France. To clarify the concept and its adaptation to the reality of the French systems of healthcare and social services, the French Society of Geriatrics and Gerontology established an interdisciplinary working group. This article reports that group's findings.

Le concept d'intégration des soins et des services, bien que datant des années 90, n'a réellement vu son émergence dans le champ des politiques publiques à travers le monde que depuis le début des années 2000, notamment à travers la création d'une société savante internationale dédiée (Kodner & Kyriacou, 2000) (*l'International Network for Integrated Care* devenu depuis *l'International Foundation for Integrated Care*). Le concept est apparu plus tardivement en France, notamment dans le plan national Alzheimer 2008-2012¹. Au-delà de l'effet de mode, il est frappant de constater que la question est largement internationale et même inter-champ (Clarfield *et al.*, 2001 ; Hofmarcher *et al.*, 2007), (le concept d'intégration ainsi que le problème de la fragmentation des réponses publiques et de ses conséquences sont souvent présents à l'international concernant les personnes en situation de handicap, les politiques d'accès aux soins des migrants, les problématiques de la protection de l'enfance, etc.). Plus la société devient complexe et tend à développer l'hyperspécialisation, plus le besoin se fait sentir d'une gestion plus intégrée des dispositifs permettant de mieux répondre aux besoins des personnes, tout en tenant compte des enjeux économiques actuels.

1. Présidence de la République. Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012. [Consulté le 2 avril 2013]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_2008-2012-2.pdf

Dans ce cadre, la Société française de gériatrie et gérontologie a souhaité clarifier le concept d'intégration des soins et des services pour le champ gérontologique français en abordant la question à la fois sous un angle théorique (la littérature scientifique) et plus directement pratique (issu de la connaissance des acteurs gérontologiques, de la réalité du champ et des expériences qui y ont été menées ces dernières années).

La société a donc mandaté un groupe à la fois interdisciplinaire et inter-champ (champ de la santé, champ économique, champ règlementaire) mêlant les approches expertes et profanes du concept afin de proposer des axes de définition du concept d'intégration qui puissent guider les professionnels et les décideurs eu égard à son usage.

Le texte présenté ici est le fruit de deux ans de travail de ce groupe et de six réunions. Le texte, écrit conjointement par les auteurs, a été approuvé par le bureau de la SFGG. Une version abrégée est également soumise à publication dans la revue de Gériatrie et dans la revue Gérontologie et Société.

...

...

L'INTÉGRATION DES SOINS ET DES SERVICES: QU'EST-CE QUE C'EST ?

Une analyse de la littérature permet de recueillir un certain nombre de définitions de l'intégration, et d'identifier celles qui sont le plus souvent citées ou utilisées (tableau 1) (Kodner & Kyriacou, 2000; Leutz, 1999; Somme *et al.*, 2011). Il apparaît d'emblée qu'un certain nombre de points communs méritent d'être soulignés (voir tableau 2) car ils permettent de préciser les éléments les plus caractéristiques du processus d'intégration.

LA CIBLE DE L'INTÉGRATION

C'est le point le moins consensuel des définitions. Lorsque cette cible est identifiée, ce qui n'est pas toujours le cas, elle est caractérisée par une certaine forme de vulnérabilité (liée à un handicap, à la dégradation de l'état de santé avec l'avancée en âge), nécessitant le recours à différents pourvoyeurs de services.

LES NIVEAUX DE L'INTÉGRATION

Dans les définitions retenues, le niveau de la direction des services est toujours concerné et celui de la délivrance des soins et de l'aide presque toujours. Néanmoins, les définitions les plus complètes font apparaître aussi celui des instances publiques de financement et de régulation. Ce point, même s'il n'est pas repris dans toutes les définitions, paraît cependant central pour de nombreux auteurs qui appellent « fragmentation institutionnelle », le non-alignement des institutions politiques (Trouvé *et al.*, 2010).

LES SECTEURS TOUCHÉS

Quelle que soit la définition, l'intégration ne se conçoit que comme une réponse intersectorielle. Si la définition de l'intégration peut parfois varier, la caractéristique commune à toutes est d'intéresser « différents systèmes de services (*i.e.*, soins de long terme, éducation et développement professionnel, et services d'aide à domicile) ».

Il faut préciser ici que le terme « système de santé » n'est pas univoque selon les pays. En effet, la définition de l'Organisation mondiale de la santé du terme « santé » s'entend comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne se réduit pas à l'absence de maladie » (Breslow, 1972). Une telle définition autorise donc à comprendre l'ensemble des services sociaux et à la personne (y compris par exemple ceux de loisir) comme constitutif du « système de santé ».

Tableau 1
Les définitions de l'intégration

Articles	Les définitions de l'intégration
Leutz (1999) Milbank Quartely	Chercher à interconnecter le système de santé (aigu, première ligne médicale, et spécialisée) avec les autres systèmes de services (<i>i.e.</i> , soins de long terme, éducation et professionnel et services d'aide à domicile) en vue d'améliorer le devenir (clinique, de satisfaction ou d'efficacité). Les populations qui pourraient bénéficier de l'intégration sont les personnes qui ont des handicaps physiques, de développement ou cognitifs – souvent avec les maladies ou des troubles chroniques. L'intégration peut se produire au niveau des politiques publiques, des finances, de la direction des services et au niveau clinique. Les moyens de l'intégration incluent le partage de la planification, de la formation, de la prise de décision, des instruments, des systèmes d'information, du budget, des processus de repérage et de référence, de la répartition des allocations, de l'offre de services, du monitoring et des retours d'information.
Kodner (2000) IJIC	Nous définissons les services intégrés comme un ensemble de techniques et modèle d'organisation, conçus pour créer de la connectivité, de l'alignement et de la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs du soins et de l'aide au niveau des finances, de l'administration et de la délivrance. Les objectifs sont d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie, la satisfaction, l'efficacité du système pour les personnes ayant des problèmes complexes relevant de différents secteurs et pourvoyeurs.
Pieper (2006)	L'intégration des services consiste dans un ensemble bien équilibré de négociation, régulation et incitatifs afin d'amener les partenaires à la coordination, la coopération et le consensus dans un système de santé bien organisé que les personnes perçoivent comme continu, complet, flexible et réactif aux changements de leurs besoins.
Demers (2005)	L'intégration se produit lorsqu'une gamme complète de services est coordonnée de façon à ce que chaque usager reçoive « le bon service, au bon moment, au bon endroit et par la bonne personne » sans qu'il soit laissé à lui-même pour obtenir le service. La coordination renvoie aux mécanismes qu'il faut créer et aux actions qu'il faut déployer pour que l'intégration se réalise. La continuité « c'est la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps. »
Contandriopoulos (2001)	L'intégration est le processus qui consiste à établir une interdépendance plus étroite entre les parties d'un être vivant ou entre les membres d'une société (Le Robert, 1998). En d'autres termes, l'intégration est le processus qui permet de resserrer les liens entre les acteurs d'un système organisé qui coopèrent à un projet collectif. L'intégration des soins et services transpose au domaine de la santé un concept central de la physiologie selon laquelle l'intégration consiste dans la « coordination des activités de plusieurs organismes nécessaires à un fonctionnement harmonieux ». Dans le domaine économique, l'intégration renvoie tout d'abord à des actions qui étendent la coordination d'une entreprise sur les cycles de production qui se situent en amont ou en aval de ses activités propres (autrement dit à l'extérieur de l'entreprise en question), on parle dans ce cas d'intégration verticale. Quand ce sont des organisations similaires qui se regroupent entre autres pour atteindre des économies d'échelle, on parle alors d'intégration horizontale.
Prisma France (2009)	Un modèle organisationnel basé sur des structures partenariales; pour que les partenaires assurant une part de l'intervention auprès des personnes mettent en œuvre la coordination, la coopération puis la co-responsabilisation; afin que les personnes âgées aient vis-à-vis du système un vécu de continuité, de diversification, de flexibilité et d'adaptation aux changements de leurs besoins; dans le respect de leur autonomie, mais sans qu'ils soient laissés à eux-mêmes.

Ces variations dans l'acception du terme et l'ancienneté des systèmes concernés expliquent la diversité de ce que chaque pays appelle son « système de santé ». L'application de l'intégration à l'ensemble du fonctionnement d'un système de santé expose dans tous les cas au franchissement de lignes de fragmentation usuelle entre le court terme et le long-terme, entre le système de santé primaire et secondaire, entre les différents systèmes de paiement à l'acte, à l'activité, et entre le secteur social et le secteur sanitaire (Trouvé *et al.*, 2010).

OBJECTIFS VISÉS

Les objectifs contenus dans les définitions du tableau 1 sont souvent multiples. La caractéristique la plus fréquente est l'existence d'un élément subjectif de jugement par les personnes âgées elles-mêmes du caractère intégré ou non du système. Une autre caractéristique souvent présente concerne la continuité. Ce concept qui est lui-même composite (Reid *et al.*, 2002), est en effet relié au parcours de vie et de soins des personnes. Ainsi, les ruptures de continuité sont fréquemment citées comme étant le signe de la fragmentation du système (Clarfield *et al.*, 2001 ; Challis *et al.*, 2006 ; Couturier *et al.*, 2009 ; Somme & de Stampa, 2011) (*i.e.* le fractionnement de la réponse aux demandes des personnes et de leur projet).

MOYENS DÉPLOYÉS ET ÉLÉMENTS DE MÉTHODES PRÉCONISÉS

Si chaque auteur décrit en général des moyens spécifiques, cette pseudo-variabilité masque en fait une grande cohérence de tous les moyens cités qui sont basés sur l'idée que l'intégration dépend de la possibilité de partager à la fois les moyens d'action, les actions elles-mêmes et la responsabilité de ces actions.

En pratique, l'idée fondamentale développée ici est de sortir de la logique en « tuyau d'orgue » ou « silo », dans laquelle chacun a une mission dont il doit rendre compte. Il s'agit de modifier les frontières afin qu'à tous les niveaux concernés par l'intégration, ce soit l'ensemble des besoins des personnes (et des réponses apportées) qui soit pris en considération et non plus les missions de chaque « institution » ou « organisation ». Cela nécessite que ces « institutions » ou « organisations » soient d'abord interconnectées puis agissent de concert (*via* la coopération ou collaboration). L'évaluation se fera alors sur les résultats quant au service rendu à la population cible dans un principe de co-responsabilité.

Encadré 1

De cette analyse des définitions, il se dégage que l'intégration est un processus qui vise à dépasser les frontières de la fragmentation des systèmes de services répondant à des populations en situation de vulnérabilité. Ce processus nécessite une réflexion multi-niveaux notamment sur la façon dont les politiques publiques et les systèmes de financement doivent être modifiés pour répondre à la logique intégrative prônée au niveau des organisations et de la délivrance des soins et services. Ainsi, à tous les niveaux concernés, doit se développer un partage de processus, d'outils, de moyens, de finances, d'actions et de retour sur ces actions. C'est ce partage qui est finalement la preuve de l'évolution vers l'intégration.

Tableau 2
Comparaison des définitions de l'intégration

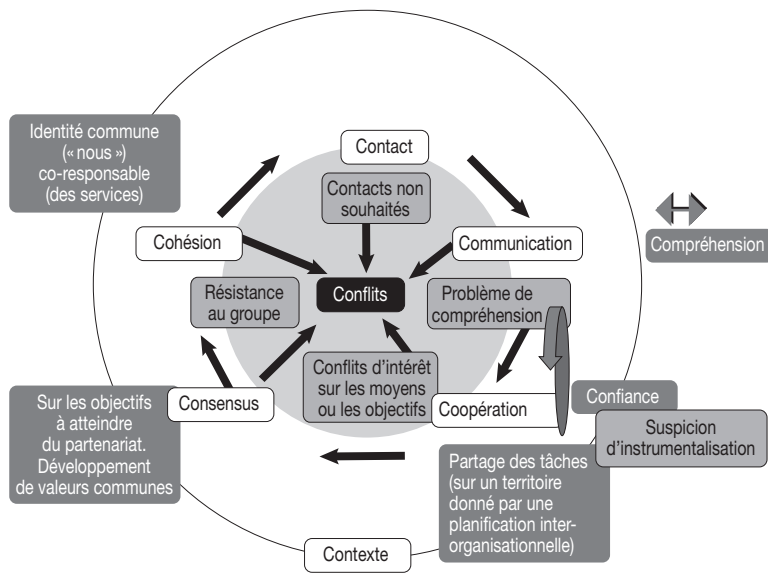
	Cible(s) visée(s)	Niveau(x) impliqué(s)	Secteur(s) touchés(s)	Objectif(s) visé(s)	Moyen(s) déployé(s)	Eléments(s) de méthode préconisé(s)
Leutz, 1999	Handicap physique, de développement ou cognitif avec maladies et troubles cognitifs	Politiques publiques, Finances, Directions des services Clinique/ délivrance	Système de <i>soins</i> et autres systèmes de <i>services</i>	Améliorer le devenir	Partage de la prise de décision, de la planification, du monitoring et des retours d'information, de la formation, des processus de repérage et de référence, des instruments, des systèmes d'information, du budget, de la répartition de l'offre de services	Inter-connexion
Kodner, 2000	Problèmes complexes relevant de différents secteurs et pourvoyeurs	Finances, Directions des services Clinique/ délivrance	Secteurs des <i>soins</i> et de <i>l'aide</i>	Améliorer la qualité des soins et la qualité de vie, la satisfaction , l'efficacité du système	Un ensemble de technique et modèle d'organisation	Connectivité , Alignement Collaboration à l'intérieur et entre
Pieper, 2006	ND*	ND (Directions des services?)	Système de santé	Système de santé bien organisé que les personnes perçoivent comme continu , complet, flexible et réactif aux changements de leurs besoins	Ensemble bien équilibré de négociation, régulation et incitatifs	Coordination , puis coopération , puis consensus

Demers, 2005	ND	<i>Directions des services Clinique/délivrance</i>	<i>Soins</i> Gamme complète de <i>services</i>	Le bon service, au bon moment, au bon endroit et par la bonne personne <i>Continuité</i> (façon dont les soins sont <i>vécus</i> par un patient comme cohérents et reliés dans le temps)	Mécanismes à créer Actions à déployer	<i>Coordination</i> gamme complète
	ND	<i>Directions des services</i>	<i>Soins et services</i>	Fonctionnement harmonieux (des activités des organismes)	Actions de coordination en amont ou en aval d'activités spécifiques (qualifiée d'intégration verticale) Regroupement d'activités spécifiques (qualifié d'intégration horizontale)	<i>Inter-dépendance</i> plus étroite <i>Coopération</i> à un projet collectif
Prisma France 2009	Personnes âgées	<i>Directions des services Clinique/délivrance</i>	ND	<i>Vécu</i> de <i>continuité</i> , de diversification, de flexibilité et d'adaptation aux changements de leurs besoins	Un modèle organisationnel basé sur des structures partenariales	<i>Coordination, coopération</i> puis co-responsabilisation

Les éléments qui apparaissent en gras et italique dans ce tableau sont ceux qui se retrouvent dans plus d'une définition,

*ND signifie non déterminé, lorsque l'abréviation est suivie d'une parenthèse, il s'agit de l'interprétation des auteurs de la caractéristique d'après la lecture de l'ensemble de l'article.

Figure 1
Les 7 C de l'intégration



2. Ce terme est polysémique et utilisé ici strictement dans le sens qui est défini dans le texte entre parenthèse et issu des travaux du groupe Carmen.

La concertation débute avec les contacts qui favorisent l'apparition de la communication puis de la connaissance mutualisée et enfin de la compréhension mutuelle. Ce qui peut conduire à la « coopération² » (c'est-à-dire au partage des tâches sur un territoire, donc à une planification conjointe des organismes). Cette phase est quasiment absente en France (sauf lors de l'écriture des schémas gérontologiques, mais avec une imputabilité faible de l'application de ce schéma). Les phases subséquentes à la concertation sont le consensus sur les objectifs cliniques de l'organisation (par le développement de valeurs communes) puis sur la cohésion c'est-à-dire la création d'une identité commune (un « nous ») co-responsable des services sur un territoire.

Il est important de rappeler ici, comme le fait la figure, que la concertation n'empêche pas les conflits, qui peuvent survenir à la fois de contacts non souhaités (notamment en situation de concurrence des légitimités), de problème de compréhension, de conflits d'intérêts concernant les moyens ou les finalités du groupe, voire de résistance à la pression du groupe. Ces dimensions sont en partie dépendantes d'un contexte territorial (diversité ou non de l'offre, hétérogénéité professionnelle et statutaire des partenaires, résultats positifs ou négatifs des expériences passées et présentes de partenariats, etc.) favorisant ou non le travail de concertation, lui-même fondé sur la gouvernance déjà abordé précédemment.

Ainsi, l'hégémonie (au moins symbolique) d'un acteur dans un cas, le monopole de l'offre gérontologique territoriale dans un autre, ont pu contribuer à ralentir l'implantation de l'innovation. Plusieurs facteurs explicatifs peuvent être avancés : l'inexpérience du partenariat, la suspicion d'instrumentalisation du partenaire dominant, le fatalisme concernant une appropriation des produits du partenariat, le peu de modes de légitimation déployables par les autres partenaires, pour ne citer que ces quatre dimensions particulièrement prégnantes. Il semble qu'une phase intermédiaire (située entre la communication et la coopération du schéma 6) relève de l'apprentissage de la coopération. Cet apprentissage appelle « la confiance » dans la mesure où il est question de construire les dispositions à coopérer. Ce huitième C, qui n'existait pas dans la figure initiale du groupe Carmen est apparu comme un élément extrêmement fondamental lors des expérimentations françaises (Challis *et al.*, 2006).

UN PROCESSUS PLUS QU'UN ÉTAT

La lecture de ces définitions permet de se rendre compte du caractère fondamentalement ambitieux et transformateur de l'intégration. Il ne s'agit pas d'une adaptation à la marge ou d'une négociation d'arrangements, mais d'une complète réorganisation du ou des systèmes de services concernés depuis leur définition et leur régulation jusqu'à leur délivrance. Il est aisé de comprendre qu'une telle réorganisation ne saurait se produire spontanément ni brutalement. En effet un tel état d'interdépendance est assez loin du fonctionnement usuel des services et a donc tendance à être constamment remis en question. L'histoire naturelle de l'intégration n'est donc pas une augmentation progressive et harmonieuse du « niveau d'intégration » d'un système jusqu'au point où il serait considéré comme « intégré » de façon stable. La figure 1 (dite « des 7 C »), issue des travaux du groupe européen Carmen (Demers *et al.*, 2005) traduit bien ce processus continu qui n'empêche pas les conflits mais les considère comme partie intégrante du processus.

EN QUOI L'INTÉGRATION DIFFÈRE-T-ELLE DE LA COORDINATION ?

En France, un grand nombre de politiques publiques depuis les années 60 se sont basées sur l'idée de coordination (Somme & de Stampa, 2011 ; Frossard *et al.*, 2004). Ainsi, les centres locaux d'information et de coordination (Clic), les réseaux de santé notamment mais avant cela les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et d'autres organisations ont été développés sur cette base. Fondamentalement, ces systèmes ne visaient pas la transformation des missions des organisations existantes mais leur articulation. C'est la différence essentielle avec l'intégration qui ne s'intéresse pas tant aux articulations qu'à la modification en profondeur du fonctionnement de l'ensemble des organisations. Dans une logique de coordination, il s'agit de donner à un acteur une mission qui est celle de pallier le manque de coordination des organisations existantes ou une carence de services. La logique d'intégration vise à modifier les organisations existantes pour qu'elles trouvent ensemble des solutions aux ruptures de continuité vécues par les personnes. Ainsi, la logique d'intégration ne peut en aucun cas être la « propriété » ou la « mission » d'une seule organisation. Il s'agit, par nature, d'un projet collectif porté en partenariat. Il est toutefois usuel de remarquer que, même si sur le plan conceptuel la différence peut être saisie, dans la pratique il n'en va pas de même et les premiers efforts sont toujours déployés dans une optique de coordination et non d'intégration (de Stampa & Somme, 2009-2010 ; 2010-2011). Le tableau 3 permet de différencier deux projets en fonc-

tion de la logique sous-jacente : d'intégration ou de coordination. Il est sans doute important de rappeler ici qu'il n'y a pas lieu de considérer que l'intégration serait l'idéal et que la coordination serait inutile. Au contraire, les deux processus sont complémentaires et synergiques dans la mesure où ils permettent chacun de maximiser les effets de l'autre : travailler sur les articulations, maximisera l'effet de la réorganisation et inversement. De plus, la coordination est souvent une étape ou un moyen nécessaire voire indispensable à l'intégration même si celle-ci n'est pas forcément son objectif formalisé. Mais la coordination n'a pas pour objet nécessairement d'aboutir à l'intégration.

Tableau 3
Comparaison des concepts de coordination et d'intégration comme dispositifs d'organisation des systèmes

	Coordination	Intégration
Public cible	<ul style="list-style-type: none"> - Vulnérabilité (non discriminant) - Il est possible de définir le public cible comme étant celui qui rejoint tel ou tel partenaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Vulnérabilité (non discriminant) - Approche territoriale obligatoire (ce n'est pas le fait de rejoindre un partenaire qui doit être défini comme critère)
Niveau impliqué	<ul style="list-style-type: none"> - Peut se concevoir seulement à un seul niveau - Principalement la direction des services et la délivrance (non discriminant) - Le niveau institutionnel est un élément de contexte 	<ul style="list-style-type: none"> - Obligatoirement plusieurs niveaux et principalement la direction des services et la délivrance (non discriminant) - Le niveau institutionnel doit être visé dans sa participation active à la réorganisation
Secteurs touchés	Peut se concevoir en intra-secteur (par exemple entre services sociaux ou entre services médicaux)	Obligatoirement inter-secteur
Objectifs visés	Généralement non discriminant à un niveau général	Généralement non discriminant à un niveau général
Moyens déployés	<ul style="list-style-type: none"> - Travail sur les articulations entre les organisations (mode de recours, conventions inter-organisation, fiche de liaison) - Habituellement pas de partage de responsabilité sur le budget alloué (un acteur responsable) - Pas de remise en cause de la logique de mission (chacun reste responsable de la mission préalablement définie) - Partage d'outils pour les interfaces mais pas de partage d'outils dans la gestion interne de l'activité des structures 	<ul style="list-style-type: none"> - Travail sur les articulations non priorisé - Partage obligatoire de responsabilité sur le budget alloué et le projet mené (au moins processus prévu pour y parvenir) - Remise en cause obligatoire du fonctionnement interne des partenaires (outils cliniques utilisés, procédures, moyens, mode d'orientation et missions) : de la même façon il peut s'agir du processus prévu pour y parvenir - Partage d'outils de gestion et de données afin d'assurer une responsabilité conjointe sur la réponse aux besoins de la population (ou processus prévu pour y parvenir)

Encadré 2

Il est possible de constater que tout système qu'il soit d'intégration ou de coordination pourrait revendiquer le même type d'effets. C'est donc principalement sur les façons de les obtenir que va se faire la différence. La réorganisation institutionnelle, que suppose l'intégration, crée de meilleures conditions pour que les organisations mettent en œuvre les modalités nécessaires à la continuité des parcours, notamment dans la gestion des transitions.

L'INTÉGRATION POUR LES PERSONNES ÂGÉES : DANS QUEL OBJECTIF? POUR QUEL PUBLIC? AVEC QUELLE IMPLICATION DES PERSONNES ÂGÉES ELLES-MÊMES?

L'intégration des services implique de modifier les institutions, les organisations et les pratiques professionnelles. Car l'essence et la raison d'être de l'intégration est de répondre aux besoins des personnes âgées d'un territoire donné et de leur permettre de vivre à leur domicile aussi longtemps que possible dans les meilleures conditions et selon leurs choix.

C'est en raison de la demande grandissante des utilisateurs du système d'aide et de soins de se voir associer aux prises de décisions, que les pouvoirs publics seront poussés au mouvement intégratif. En effet, les institutions et organisations n'ont pas un intérêt évident, à court terme, à aller vers l'intégration qui est source d'incertitudes et de remise en question. Le principal moteur provient de l'expression d'une inadéquation de la réponse actuelle aux besoins des personnes.

L'objectif central de l'intégration est donc de diminuer les fragmentations et d'améliorer la lisibilité du système avec des conséquences directes sur la continuité des interventions pour les personnes âgées du territoire. Un système intégré chercherait à apporter des solutions aux conséquences de la fragmentation au nombre desquelles on peut citer de façon non limitative :

- les hospitalisations inappropriées et particulièrement en urgence (en travaillant l'amont et l'aval);
- les doublons d'examen, d'évaluation et d'intervention;
- les difficultés d'accès aux ressources de santé nécessaires du fait d'une carence de repérage;
- les difficultés d'accès aux droits;
- l'absence de connaissance et de suivi des plans de soins et d'aide avec dégradation subséquente de la situation;

- la mauvaise circulation d'information entre les différents niveaux de soins (hôpital/ville; soins aigus/soins chroniques; public/privé);
- la prise en compte insuffisante d'éléments environnementaux dans l'aide apportée aux personnes;
- la fatigue des aidants confrontés à des propositions dont ils ne comprennent pas l'articulation;
- la prise en compte insuffisante de l'aide informelle dans la construction d'une réponse collective à la situation des personnes;
- les institutionnalisations non souhaitées;
- l'absence d'une réponse continue aux besoins des personnes en situation complexe;
- l'absence de prévention de l'entrée en perte d'autonomie voire en situation complexe;
- une faible lisibilité du système...

L'INTÉGRATION : QUEL BÉNÉFICE POUR LES AIDANTS PROFESSIONNELS ET NON-PROFESSIONNELS?

L'intervention auprès des personnes âgées implique de nombreux professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social (médecins généralistes et spécialistes, professionnels paramédicaux, psychologues, travailleurs sociaux, aides à domicile, mandataires judiciaires,..), qui interviennent en institution (hôpital, maison de retraite) ou en ambulatoire et avec des employeurs très divers (publics ou privés, lucratifs ou non).

Les cultures et outils de ces différents professionnels sont souvent très différents : les uns s'appuyant sur les « écrits », d'autres sur « l'oral », les uns plus orientés sur le diagnostic et le traitement sur des périodes courtes », les autres vers l'accompagnement sur de longues durées. Il est alors parfois difficile pour tous de collaborer par manque d'objectifs et de langage communs. Certains professionnels, notamment les aidants à domicile en emploi direct, peuvent se trouver isolés et parfois en difficulté (Loones & Jeuneau, 2012). L'intégration permet alors de créer des espaces de construction du sens commun autour de la personne considérée comme un « objet frontière » (Grenier, 2006). Elle favorise l'ajustement mutuel des missions des uns et des autres qui, autrement peuvent soit s'ignorer par manque de lisibilité du système, soit se sentir en compétition les uns avec les autres. Elle permet aussi de créer un collectif plus réactif pour chaque situation (Bloch *et al.*, 2011).

Par ailleurs, l'aide apportée aux personnes âgées dépendantes à domicile reste majoritairement le fait des aidants familiaux (de l'ordre de 80% pour des malades d'Alzheimer [Rapp *et al.*, 2011]). Il s'agit souvent de réseaux d'aidants (Carpentier & Bernard, 2011) qui ont besoin de se coordonner dans des contextes parfois délicats liés notamment à la conjonction de relations familiales complexes et de difficultés matérielles sans parler des problèmes de santé des aidants. L'intégration permet alors, par une analyse complète des situations, de mieux prendre en compte les besoins des aidants informels.

Enfin, les aides apportées par les différents intervenants, professionnels d'une part et informels d'autre part, peuvent se juxtaposer sans véritable cohérence (Lyons & Zarit, 1999) et générer des situations conflictuelles, dues, par exemple, à une perception du risque très différente entre les professionnels et l'entourage (Campéon *et al.*, 2012). L'intégration permet de créer des espaces de dialogue et de concertation entre les différents types d'intervenants basée sur des outils partagés de recueil de l'information, en particulier au moment de l'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie. Elle conduit ainsi chacun à trouver sa place en complémentarité avec les autres (Coudin & Mollard, 2011).

L'INTÉGRATION: LES ORGANISATIONS DE RÉPONSE AUX BESOINS DES INTERVENANTS (PROFESSIONNELS ET NON PROFESSIONNELS) ONT-ELLES QUELQUE CHOSE À Y GAGNER ?

Si l'organisation des réponses aux besoins des personnes âgées est une préoccupation qui s'inscrit dans le temps, leur développement progressif à la faveur des plans de santé publique, qu'il s'agisse de programmes nationaux ou régionaux, a conduit à des organisations partiellement adaptées, tant en termes de missions que de périmètres d'action et de territoire pertinent. On peut citer divers dispositifs :

- les réseaux thématiques: diabète, douleur, Alzheimer, soins palliatifs, dont le pilier est le médecin généraliste ;
- les réseaux populationnels comme les réseaux de santé personnes âgées, qui se sont construits sur la base du volontariat et dont l'évolution pourra se faire vers des réseaux multithématiques d'appui à la coordination ;
- les filières gériatriques partant de fait du système sanitaire pour conventionner avec les partenaires d'aval que sont les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les

médecins libéraux, en agrégeant par la suite l'hospitalisation à domicile (HAD) et les SSIAD.

Mais dans chacune de ces configurations, la place de chacun des acteurs est peu lisible et la compétition peut survenir. On peut encore donner d'autres exemples :

- le plan Alzheimer qui met en place des dispositifs tels que les équipes spécialisées à domicile ;
- le plan qualité de vie des maladies chroniques qui définit l'éducation thérapeutique et confie aux ARS la labellisation des équipes ;
- la mission « vivre chez soi » qui a identifié le besoin de structurer un ensemble des services : les plates-formes de services, dont le périmètre est celui d'un territoire de proximité ;
- la loi HPST avec la régionalisation et les missions confirmées aux ARS, notamment la définition des territoires de santé, qui ajoute à la complexité de la notion de « territoire pertinent » lorsque l'on doit intégrer aussi les compétences des conseils généraux ayant eux-mêmes leurs dispositifs nationaux (Clic, équipes médico-sociales) ou locaux liés à la politique définie précisément par ces conseils pour les personnes âgées habitant chaque département.

Si ces plans et programmes mettent en évidence la nécessité de répondre de manière coordonnée à des besoins croissants de la population âgée, pour les professionnels, les dispositifs progressivement mis en œuvre ont généré des formes de concurrence entre les dispositifs sans forcément résoudre les ruptures et les dysfonctionnements existants. La concurrence s'exerce en termes de fonctionnement mais aussi de financements dans un système contraint et un contexte soit de non fléchage des ressources soit, au contraire, de non fongibilité des enveloppes. Il est donc difficile pour le professionnel du champ sanitaire ou social d'identifier à la fois sa place dans le système et d'avoir une intelligibilité du système dans son ensemble. C'est donc bien dans la clarification de cette place que l'évolution vers l'intégration se justifie pleinement.

Par ailleurs, le périmètre des besoins s'accroît, notamment à la faveur de la prise de conscience de la nécessité de prévenir la perte d'autonomie en repérant la fragilité dans toutes ses dimensions (Rolland *et al.*, 2011) et en mettant en place des interventions en amont, structurées et suivies impliquant l'ensemble des acteurs : médecins libéraux, centres de santé, hôpitaux de jour, plates-formes de services, caisses de retraite, conseils généraux, associations, etc. Le plan d'actions corréla-

tif, dont a la charge le comité « Avancée en âge »³, doit prioriser l'intégration et définir la place de chacun des dispositifs existants pour une meilleure lisibilité et efficacité des réponses. Au-delà, gageons que le corollaire de l'intégration, à savoir l'acquisition d'une culture commune des acteurs, devrait promouvoir la compétence et l'harmonisation des pratiques.

3. Comité mis en place par la ministre en charge des personnes âgées, Michèle Delaunay, en octobre 2012 dans le cadre de la préparation de la future loi « Autonomie ».

L'INTÉGRATION: LES INSTITUTIONS EN CHARGE DES POLITIQUES PUBLIQUES ONT-ELLES QUELQUE CHOSE À Y GAGNER ?

La littérature nous invite également à interroger les conditions et les moyens requis à une intégration institutionnelle structurante et mobilisatrice des niveaux organisationnels et cliniques (Denis, 2008). Les orientations de politiques publiques en direction des personnes âgées sont historiquement inscrites dans le cadre du rapport Laroque (Haut comité consultatif de la population et de la famille, 1962). Développées par des administrations indépendantes les unes des autres, aux échelons national, régional, départemental et communal, les politiques publiques mises en œuvre s'inscrivent alternativement dans les trois logiques des systèmes d'assurance sociale, de protection universelle et d'assistance (Trouvé *et al.*, 2010). Il en résulte un système assis sur des compétences et pouvoirs partiels conduisant à des fonctionnements en silos ainsi qu'à des doublons de prérogatives et à la mise en concurrence des administrations et des dispositifs (Martin & Le Bihan, 2006).

Le problème que pose l'intégration aux institutions en charge des politiques publiques se situe dans le principe même de l'intégration. Cette dynamique, qui mobilise des moyens et des ressources de différentes institutions au profit de l'intérêt collectif n'entraîne pas de retour sur investissement direct pour telle ou telle institution. L'illustration vient par exemple des effets issus d'une organisation des services sociaux, médico-sociaux et sanitaires en termes de réduction des ré-hospitalisations, dont l'impact financier se répercute sur les comptes des sphères hospitalières. La problématique soulevée est celle de la modélisation économique de la fongibilité des financements des administrations et dispositifs contribuant à la continuité des parcours de santé des personnes âgées.

Le changement de paradigme vers l'intégration induit ainsi une politique publique promue par une entité intégrée, c'est-à-dire interministérielle et donc intersectorielle, dans un projet commun dont les

effets positifs en termes de santé publique s'attribuent à l'ensemble des parties. Les données probantes des politiques d'intégration des services d'aides et de soins appuient cette perspective : réduction de la prévalence et de l'incidence de la perte d'autonomie, réduction des passages aux urgences, amélioration de la satisfaction, de l'autonomisation, absence d'impact sur les coûts globaux (Hébert *et al.*, 2010).

Ce changement de paradigme au niveau institutionnel, propice à une mise en adéquation des orientations et outils de régulation ou niveau organisationnel et clinique des territoires régionaux et départementaux, favoriserait en outre l'agrégation des systèmes d'information, tant sur les parcours des personnes que sur les modalités de fonctionnement administratif et financier. Cette dernière considération est primordiale dans la mesure où la mutualisation des systèmes d'information prend la forme de condition *sine qua non* à l'atteinte de l'objectif d'efficacité organisationnelle et managériale. Dans le contexte actuel d'intensification des pressions budgétaires il s'agit d'anticiper sur les compétences qui seront requises et contribuer à la planification des métiers.

L'INTÉGRATION : UNE RÉPONSE AUX DÉFIS DÉMOGRAPHIQUE, ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET ÉCONOMIQUE ACTUELS ?

En contribuant à une meilleure gestion de la complexité du modèle bio-médico-psycho-socio-environnemental, l'intégration offre une réponse majeure aux défis inhérents au phénomène qu'il est convenu de dénommer la transition épidémiologique des maladies. L'émergence des maladies chroniques incapacitantes, principale cause de handicap et de perte d'autonomie fonctionnelle et la coexistence de variables, auxquelles ne peut répondre à lui seul avec efficacité le modèle médical traditionnel ainsi que le cumul très fréquent des situations de poly-pathologie et de perte d'autonomie chez les personnes du grand âge, impliquent d'apporter une réponse décloisonnée à des besoins relevant aussi bien du champ médical, que des champs psychologique, social et environnemental.

La question du dénombrement des personnes âgées en perte d'autonomie est délicate car aucune base de données « administrative » n'en permet le recensement. Cependant, certaines d'entre elles sont suffisamment informatives pour confirmer cet enjeu démographique. Ainsi, les données de la Drees indiquent qu'en 2010, 1 117 000 per-

sonnes bénéficiaient de l'Apa (Debout & Lo, 2009). Les données de la Cnav sur l'aide-ménagère concernant les personnes en Gir 5 et 6 indiquent que 250 000 personnes faiblement dépendantes bénéficiaient de cette prestation en 2008 (Duraffourg & Paul, 2006). L'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) de 1998 - 1999 établissait à 1,2 million le nombre de personnes en équivalent Gir 1 à 5 (Colin, 2003). Les données les plus récentes issues de l'enquête Handicap Santé de 2008-2009 estiment à 811 000 le nombre de personnes âgées dépendantes vivant à domicile et à 1,5 million celui des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie, quel que soit le lieu de vie. Selon les dernières projections de l'Insee, d'ici à 2026, la part des 80 ans ou plus dans la population totale devrait passer de 5% à un peu plus de 6% et le nombre de 80 ans ou plus devrait passer d'environ 3,5 millions en 2011 à 7 à 10 millions en 2060. Selon le groupe de travail présidé par Jean-Michel Charpin (2011), dans son rapport sur les « Perspectives démographiques et financières de la dépendance », le nombre de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine serait multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030, passant de 1,15 à 1,55 million de personnes, et par 2 entre 2010 et 2060, pour atteindre 2,3 millions de personnes.

L'enjeu économique résultant est majeur et implique que les conditions de mise en œuvre de l'aide à la dépendance soient pensées en étroite continuité avec l'offre de soins. L'intégration des interventions soignantes et sociales pourrait ainsi éviter que la prise en charge de l'autonomie des personnes âgées ne crée une impasse financière supplémentaire pour les comptes publics.

L'INTÉGRATION ET LA GESTION DE CAS : POURQUOI FAIRE UN LIEN ? QUEL(S) LIEN(S) ?

L'objectif de cet article n'est pas de définir le concept de gestion de cas ni d'en faire un état des lieux. Cela a déjà été fait récemment dans une revue de littérature publiée au *King's Fund* (Ross *et al.*, 2011). En voici les principales conclusions :

- La gestion de cas est un mécanisme établi d'intégration des services autour des besoins des individus ayant des problèmes au long cours.
- Il s'agit d'un mécanisme de deuxième ligne, ciblé, dirigé vers la « communauté » (le domicile) et proactif.
- Il comprend l'accès/dépistage/filtrage, l'évaluation, la planification, la coordination.

- Les preuves de son impact positif sont diverses mais lorsque l'implantation est « idéale » on peut atteindre une amélioration :
 - de l'expérience des utilisateurs et des proches ;
 - du devenir en termes d'évènements de santé ;
 - de l'usage des ressources hospitalières ;
 - de l'efficacité des soins.

L'énumération des conséquences de la fragmentation faite en particulier au paragraphe 3 permet de voir que les personnes en situation complexe (notion de complexité dont nous essaierons plus loin de définir les contours), y sont particulièrement exposées. Pour ces personnes, l'intégration doit permettre de développer une réponse spécifique ; c'est le concept de « gestion de cas intensive » (Challis *et al.*, 2001). Ainsi, la gestion de cas s'entend comme une dimension de l'intégration, et pas en dehors (Dubuc *et al.*, 2011 ; Somme *et al.*, 2012). C'est une condition nécessaire mais non suffisante de l'intégration. La gestion de cas ne s'adresse qu'aux personnes en situation complexe alors que l'ensemble de l'intégration cherche à couvrir les besoins de la population d'un territoire. Les personnes en situation complexe, en concentrant les difficultés vécues sur un territoire donné, permettent de mettre en lumière les dysfonctionnements auxquels il faut trouver des solutions en partenariat. Ainsi, l'action des gestionnaires de cas vise à bénéficier à toutes les personnes vivant sur le territoire en question et c'est en cela que la gestion de cas est bien partie intégrante du processus intégratif.

La complexité d'un point de vue conceptuel est marquée par l'instabilité, l'incertitude et l'imprévisibilité (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010 ; Turner & Cutler, 2011). Appliqués à une population de personnes âgées, ces critères devraient permettre, dans le temps, de parvenir à une définition opérationnelle de ce que constitue une situation complexe.

L'INTÉGRATION : COMMENT FAIRE ? CE QUI MARCHE ET CE QU'IL FAUT ÉVITER

La construction de l'intégration nécessite de s'appuyer sur des mécanismes et des outils interdépendants (Kodner & Kyriacou, 2000 ; de Stampa & Somme, 2009-2010 ; 2010-2011). Ces moyens, indispensables pour aller vers l'intégration, sont la création d'espaces de concertation, le partage de processus d'accès aux services du territoire, la mise en place de « gestionnaires de cas » pour les personnes en situation com-

plexe, le partage d'outils d'évaluation et de planification et l'existence d'un système d'information.

Les expériences d'intégration des soins et services ont été nombreuses bien que rarement menées à grande échelle. Kodner (2012) tentait d'en tirer récemment les principaux enseignements que l'on trouve réunis ici :

- les objectifs de l'intégration doivent être explicites ;
- l'amélioration doit impliquer l'ensemble des services d'aides et de soins de première ligne ;
- l'intégration doit se baser sur les ressources non professionnelles ;
- il faut prendre en compte les cultures et autres défis locaux ;
- il faut donner les bons incitatifs ;
- il ne faut pas compter sur des économies d'échelles car elles ne surviennent jamais à court terme ;
- il est nécessaire de se donner un horizon temporel suffisant pour obtenir des résultats positifs.

À l'inverse le même auteur liste certains des principaux freins à l'intégration :

- la focalisation sur les besoins des partenaires plutôt que sur ceux des personnes ;
- l'inadaptation des ressources et des financements ;
- le pouvoir trop important donné aux médecins et aux soins aigus ;
- la résistance des partenaires à leur propre perte de pouvoir ;
- les résistances culturelles professionnelles ;
- le manque de confiance entre partenaires ;
- les défauts de communication ;
- les déséquilibres de pouvoir à l'intérieur et entre les organisations.

La confrontation de ces conditions conduit naturellement à penser que l'intégration ne se produit pas de façon spontanée. Cela se traduit bien dans les conclusions d'un rapport portant sur les conditions institutionnelles du changement et qui statue que : « La réalisation d'un réseau intégré de services (Demers *et al.*, 2005).

- repose d'abord sur l'implication de personnes compétentes, crédibles et dédiées (les « pilotes ») ;
- requiert l'adhésion des dirigeants des organisations impliquées au modèle retenu qui doit se présenter à eux comme une solution appropriée à des problèmes d'organisation des services qu'ils jugent prioritaires ;

– exige du temps pour que les gestionnaires et les intervenants touchés par le changement nouent des liens de collaboration et s'approprient le modèle de coordination retenu ».

Le pilotage (stratégie de management du changement) apparaît comme un facteur clé dans la mise en place de l'intégration des services. Parmi les stratégies, il apparaît nécessaire d'éviter une approche exclusivement descendante (*top-down*) mais de favoriser la double approche (*top-down* et *bottom-up*, i.e. *ascendante*) (de Stampa & Somme, 2010-2011 ; Kodner, 2012). L'implantation de l'intégration des services doit prendre en compte le contexte local à partir d'un diagnostic organisationnel pour comprendre la réalité des organisations et des pratiques professionnelles et pour adapter la stratégie d'implantation. Il est nécessaire par ailleurs que le « pilote » en charge de la conduite du changement soit en lien direct avec les services prestataires d'aides et de soins.

L'INTÉGRATION EN FRANCE : LEÇONS TIRÉES DE L'EXEMPLE DES MAIA

La mise en place de l'intégration en France à travers le dispositif Maia (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) s'appuie sur six composantes interdépendantes issues du modèle intitulé « Prisma » (acronyme signifiant Programme de recherches sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie), expérimenté au Québec puis en France lors d'un projet pilote (Somme *et al.*, 2008). Chacune des composantes est en soi une innovation et le modèle regroupe (Somme & de Stampa, 2011) :

- la mise en place de mécanismes de concertation à tous les niveaux de la prise de décision ;
- la réorganisation de l'accès aux services par la procédure de guichet intégré ;
- le déploiement de gestionnaires de cas pour les personnes en situation complexe ;
- la mise en place d'un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé ;
- l'utilisation d'un plan de services individualisé pour les personnes en gestion de cas (Somme *et al.*, 2007) ;
- la mise en place d'un système d'information partagé.

L'implantation des Maia s'est déroulée en plusieurs temps. Le premier était une phase expérimentale entre 2008 et 2010 sur 17 sites expé-

rimentaux caractérisés par une grande diversité de porteurs (privés, publics, sanitaires, sociaux, associations ou collectivités territoriales). Chacun des sites a recruté un « pilote local » responsable de la mise en œuvre sur son territoire d'un projet collaboratif associant tous les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social. Une équipe de pilotage nationale a conduit cette phase expérimentale en s'assurant de la mise place des six composantes en fonction des réalités locales. Il s'agissait de réconcilier les approches descendantes et ascendantes») (Somme & de Stampa, 2011 ; de Stampa & Somme, 2009-2010 ; 2010-2011).

Le contenu de la méthode doit être suffisamment formalisé tout en offrant des possibilités d'adaptations locales (Kodner, 2012) : il s'agit du « quoi » qui doit être défini au niveau national (par exemple, constitution de tables de concertation, leur composition théorique, leur fonctionnement idéal, etc.). Le mouvement par lequel, pas à pas, la méthode est implantée au niveau local, doit être formalisé de façon à être reproduit : il s'agit du « comment » qui doit, lui aussi, être défini (et gouverné) au niveau national. À l'inverse, les priorités et les leviers d'action qui permettront à la méthode de s'implanter doivent, par un travail de diagnostic organisationnel local partagé, émerger des partenaires eux-mêmes : il s'agit du « pourquoi » qui, même s'il s'entend au niveau national (voir § 1), doit se décliner au niveau local. Enfin, et de façon évidemment prépondérante, l'identification de l'ensemble des acteurs concernés à tous les niveaux de prise de décision ainsi que l'ampleur de leur implication ne peut s'envisager qu'au niveau local : il s'agit du « qui ». C'est dans l'établissement local des priorités, des leviers d'actions et de l'implication des acteurs que peuvent se décliner la rencontre du *top down* du *bottom up* et la co-responsabilité tactique et stratégique indispensables au déroulement du processus d'intégration.

Il faut d'emblée souligner que l'appellation Maia peut induire des malentendus car il ne s'agit pas de déployer de nouvelles structures (maisons) mais de délivrer le label Maia à l'ensemble des partenaires existant déjà sur un territoire donné. Le label étant octroyé à condition que ces partenaires aient évolué vers l'intégration, c'est-à-dire qu'ils démontrent qu'ils partagent un certain nombre de process/outils/moyens/culture... Il faut également souligner que la mesure a été étendue et ne s'adresse pas qu'aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer mais à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie, quelle qu'en soit la cause.

En généralisant le dispositif d'intégration Maia sur l'ensemble du territoire national, le législateur a donné aux Ars la mission de déployer en région les dispositifs Maia (article L.1431-2 du CSP). Une étude récente (Trouvé & Somme, 2012) permet de souligner qu'un certain nombre de modalités de coopération intra-organisationnelle (mise en place de groupes de travail transversaux internes aux Ars) et inter-organisationnelle (association des conseils généraux aux différentes phases de déploiement des dispositifs Maia) montrent une bonne réceptivité des Ars au mouvement d'intégration porté par les Maia. Toutefois, le double contexte d'installation récente des Ars et d'appropriation d'une nouvelle compétence relative au déploiement du dispositif d'intégration Maia conjugué aux ambiguïtés du dispositif lui-même (en termes de cible: maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées *versus* personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle et de la création d'un nouveau service *versus* la construction de nouvelles modalités d'organisation des services), impacte l'appropriation du dispositif au sein des Ars comme méthode adéquate à la coordination des politiques de santé dans la finalité de continuité des parcours des usagers.

L'intégration des soins et des services a pour objectif de réduire la fragmentation que connaissent la plupart des systèmes de santé occidentaux et de les rendre plus lisibles pour les professionnels et les personnes. Il ne s'agit pas d'une adaptation à la marge mais d'une complète réorganisation des services de soins et d'aide depuis leur régulation jusqu'à leur délivrance nécessitant un partage de moyens et d'actions afin de répondre aux besoins des personnes. L'intégration qui est un projet collectif à l'échelle d'un territoire nécessite d'être accompagné par un pilote local et l'exemple des Maia montre qu'il est possible d'initier la dynamique intégrative en France et ainsi de l'inscrire dans le mouvement international d'adaptation de nos systèmes de santé aux nouveaux enjeux.

MESSAGES CLEFS

L'intégration est un processus continu dont l'avenir:

- se nourrit d'un courant international fort qui transcende les préoccupations politiciennes;
- est l'enjeu d'une réponse adaptée aux défis épidémiologiques et démographiques actuels, au premier rang desquels figure la dépen-

dance. Les principaux leviers en sont :

- l'inadaptation de la situation actuelle d'une réponse « maladie par maladie » ;
- l'inadaptation de la situation actuelle d'une réponse fragmentée entre « social » et « médical » ;
- le fait que personne n'a seul la réponse à l'ensemble des besoins ;
- la volonté des personnes d'être actrices des décisions qui les concernent ;
- les revendications autour du maintien à domicile ;
- la régionalisation des politiques de santé ;
- le besoin exprimé par des décideurs d'avoir des données sur les besoins de la population ;
- la nécessité de renforcer la première ligne ;
- la crise financière comme une opportunité de faire évoluer le système ;
- le dépassement des succès ou échecs des politiques de court terme. ■

Remerciements : Le groupe s'est réuni à l'initiative et avec le soutien de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, et le texte a été approuvé par le bureau.

Ont participé aux travaux du groupe mais sans participer à l'écriture de cet article :
Hélène Thomas, université d'Aix-Marseille, Béatrice Frémon, université de Paris Dauphine, Henry Noguès, université de Nantes, Marie Fontanel, Agence régionale de Santé Alsace, Joël Ankri, APHP - Hôpital Sainte Péline.

Le groupe remercie Hélène Bouvier de son aide pour la mise en forme finale de l'article et pour l'organisation des réunions.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- A NATIONAL INTERPROFESSIONAL COMPETENCY FRAMEWORK (2010).** *Vancouver (Canada) : Canadian Interprofessional Health Collaborative.*
- BLOCH M.A., HÉNAUT L., GAND S. & SARDAS J.C. (2011).** *Les gestionnaires de cas : une nouvelle figure de tiers. Rev Econ Soc ; 29(3) : 103-112.*
- BRESLOW L.A. (1972).** *Quantitative approach to the World Health Organization definition of health: physical, mental and social well-being. Int J Epidemiol ; 1(4) : 347-355.*
- CAMPÉON A., LE BIHAN B., MALLON I. & MARTIN C. (2012).** *Impact de la structuration des CMRR sur les trajectoires de prise en charge de patients souffrant de la Maladie d'Alzheimer. [En ligne]. In 2^e Rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie, Aide à l'autonomie et parcours de vie du 15 février 2012. [Consulté le 27 février 2013]. Disponible sur : http://www.rencontres-scientifiques.cnsa.fr/data/Atelier02/A2_Martin.pdf?PHPSESSID=02add6c1f3ddb7bee63a09c46d0b1f5c*
- CARPENTIER N. & BERNARD P. (2011).** *The Complexities of Help-Seeking: Exploring Challenges Through a Social Network Perspective. In : Pescosolido B, Martin JK, McLeod JD, Rogers A, eds. The Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing. Blueprint for the 21st Century. Springer, 465-479.*
- CHALLIS D., DARTON R., HUGHES J., STEWART K. & WEINER K. (2001).** *Intensive care-management at home: an alternative to institutional care? Age Ageing ; 30(5) : 409-413.*
- CHALLIS D., STEWART K., DONNELLY M., WEINER K. & HUGHES J. (2006).** *Care management for older people: does integration make a difference? J Interprof Care ; 20(4) : 335-348.*
- CHARPIN J.M. (2011).** *Perspectives démographiques et financières de la dépendance. Rapport du groupe de travail n°2 sur la prise en charge de la dépendance. [En ligne]. Paris: La documentation française; juin [Consulté le 27 février 2013]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000333/0000.pdf>*
- CLARFIELD A.M., BERGMAN H. & KANE R. (2011).** *Fragmentation of care for frail older people -an international problem. Experience from three countries: Israel, Canada, and the United States. J Am Geriatr Soc ; 49(12) : 1714-1721.*
- COLIN C. (2003).** *Que nous apprend l'enquête HID sur les personnes âgées dépendantes, aujourd'hui et demain? [En ligne]. Paris: Revue Française des affaires sociales; [Consulté le 27 février 2013]. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2003-1-page-75.htm>*
- CONTANDRIOPOULOS A.P., DENIS J.L., TOUATI N. & RODRIGUEZ R. (2001).** *Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. Revue transdisciplinaire en santé Ruptures ; 8 : 38-52.*
- COUDIN G. & MOLLARD J. (2011).** *Être aidant de malade Alzheimer : difficultés, stratégies de faire face et gratifications. Première étape de validation du Cadi-Cami-Casi auprès d'un échantillon français d'aidants familiaux. Psychol Neuropsychiatr Vieil ; 9(3) : 363-378.*
- COUTURIER Y., TROUVE H., GAGNON D., ETHERIDGE F., CARRIER S. & SOMME D. (2009).** *Receptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France. Lien social et Politique ; 62 : 163-174.*
- DE STAMPA M. & SOMME D. (2012).** *Rapport d'expertise 2009-2010 sur la phase expérimentale des Maia - Plan National Alzheimer. Paris: La documentation française; Commandé par la Direction générale de la santé.*
- DE STAMPA M. & SOMME D. (2012).** *Rapport d'expertise 2010-2011 sur la phase expérimentale des MAIA - Plan National Alzheimer. Paris: La documentation française; Commandé par la Direction générale de la santé.*

DEBOUT C. & LO S.H. (2009). *L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009.* [En ligne]. Novembre, Publication n° 710 [Consulté le 27 février 2013]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er710-4.pdf>

DEMERS L., SAINT-PIERRE M., TOURIGNY A., BONIN L., BERGERON P., RANCOURT P. et al. (2005). *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie.* Québec: Ecole Nationale d'administration publique, Université du Québec. [En ligne] [Consulté le 3 avril 2013]. Disponible sur: <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/398-IntegrationService-sAines.pdf>

DENIS J.L. (2008). *Gouvernance clinique: discussion et perspective. Pratiques et organisations des soins; 39(3): 249-254.*

DUBUC N., DUBOIS M.F., RAICHE M., GUEYE N.R. & HEBERT R. (2011). *Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community: does integrated services delivery make a difference? BMC Geriatr; 11:67.*

DURAFFOURG M. & PAUL S (2006). *Rapport 2006-063 relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la caisse nationale d'assurance maladie.* [En ligne]. Paris: La documentation française; juillet 2006 [Consulté le 27 février 2013]. Disponible sur: <http://archipel5.mutinfo.net/downloadfichier?up=dW5hc3NhZCYzMzY5>

FROSSARD M., GENIN N., GUISSSET M. & VILLEZ A. (2004). *Providing integrated health and social care for older persons in France - An old idea with a great future.* In : Billings J, Leichsenring K, eds. *Providing Integrated Health And Social Services for Older Persons.* Aldershot : Ashgate : 229-268.

GRENIER C. (2006). *Apprentissage de la coordination entre acteurs professionnels. Le cas d'un réseau. Gérer et comprendre, annales des mines ; 83 : 25-35.*

HAUT COMITÉ CONSULTATIF DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE (1962). *Politique de la vieillesse. Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par Pierre Laroque.* Paris: La documentation française.

HÉBERT R., RAÏCHE M., DUBOIS M.F., GUEYE N.R., DUBUC N. & TOUSIGNANT M. (2010). *Impact of Prisma, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec: a quasi-experimental study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci ; 65B(1) : 107-118.*

HOFMARCHER M.M., OXLEY H. & RUSTICELLI E. (2007). *Improved Health System Performance through better care coordination.* Paris : OECD.

KODNER D.L. & KYRIACOU C.K. (2000). *Fully integrated care for frail elderly: two american models. Int J Integr Care ; 1:e08.*

KODNER D.L. (2012). *Soins de santé intégrés – quoi, pourquoi, comment, quoi éviter? [En ligne]. In Symposium national sur les soins de santé intégrés, octobre 2012. [Consulté le 27 février 2013]. Disponible sur: http://www.conseilcanadiendelasante.ca/tree/symposium2012/Pl_IntegratedHealthCare_Kodner_FR.pdf*

LEUTZ W.N. (1999). *Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Q ; 77(1) : 77-110, iv-v.*

LOONES A. & JEAUNEAU P. (2012). *L'organisation du métier d'aide à domicile : entre autonomie et isolement professionnel.* In : Marquier R, Nahon S, eds. *Conditions de travail des aides à domicile en 2008. Dossiers solidarité et santé, 2012: 47-60.* [En ligne]. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier30.pdf>

LYONS K.S. & ZARIT S.H. (1999). *Formal and informal support: the great divide. Int J Geriatr Psychiatry 1999 ; 14(3) : 183-192.*

MARTIN C. & LE BIHAN B. *Prendre soin des personnes âgées dépendantes: le défi européen et le modèle français. Revue Suisse de sociologie 2006; 32(2) : 495-509.*

PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE

- (2008-2012). *Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012*. [Consulté le 2 avril 2013]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_2008-2012-2.pdf
- RAPP T., GRAND A., CANTET C., ANDRIEU S., COLEY N., PORTET F. & VELLAS B.** *Public financial support receipt and non-medical resource utilization in Alzheimer's disease results from the Plasa study*. *Soc Sci Med* 2011 ; 72(8) : 1310-1316.
- REID R., HAGGERTY J. & MCKENDRY R.** (2002). *Dissiper la confusion: concepts et mesures de la continuité des soins: Rapport final*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- ROLLAND Y., BENETOS A., GENTRIC A., ANKRI J., BLANCHARD F., BONNEFOY M. et al.** (2011). *Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology*. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2011 ; 9(4) : p 387-390.
- ROSS S., CURRY N. & GOODWIN N.** (2011). *Case management: what it is and how it can best be implemented*. Londres : The King's Fund.
- SOMME D., BALARD F., COUTURIER Y., GAGNON D., SAINT-JEAN O. & TROUVÉ H.** (2011). *Prisma France : projet pilote sur l'intégration et la gestion de cas*. Paris : Editions universitaires européennes.
- SOMME D. & DE STAMPA M.** (2011). *Ten years of integrated care for the older in France*. *Int J Integr Care* ; 11(Special 10th Anniversary Edition) : e141.
- SOMME D., HÉBERT R., BRAVO G., BLANCHARD F. & SAINT-JEAN O.** (2007). *The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment*. *Int J Integr Care* ; 7:e52.
- SOMME D., TROUVÉ H., COUTURIER Y., CARRIER S., GAGNON D., LAVALLART B. et al.** (2008). *[Prisma France: implementation program of an innovation in health and services system for disabled people. Adaptation of a case-management based integration model]*. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008 ; 56(1) : 54-62.
- SOMME D., TROUVE H., DRAMÉ M., GAGNON D., COUTURIER Y. & SAINT-JEAN O.** (2012). *Analysis of case management programs for patients with dementia: a systematic review*. *Alzheimers Dement* 2012 ; 8(5) : 426-436.
- TROUVÉ H., COUTURIER Y., ETHERIDGE F., SAINT-JEAN O. & SOMME D.** (2010). *The path dependency theory: analytical framework to study institutional integration. The case of France*. *Int J Integr Care* ; 10:e049.
- TROUVÉ H. & SOMME D.** (2012). *Stratégies des ARS dans le déploiement des dispositifs MAIA d'intégration des services de soins et d'accompagnement pour les personnes âgées en perte d'autonomie (Mesure du Plan National Alzheimer 2008-2012)*. Paris : Direction générale de la santé, juin.
- TURNER B.J. & CUTTLER L.** (2011). *The complexity of measuring clinical complexity*. *Ann Intern Med* 2011 ; 155(12) : 851-852.