

Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé

Janvier 2015

Ce document est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Introduction	4
Méthodologie d'élaboration	4
1. Stratégie de recherche bibliographique et critères de sélection documentaire	4
2. Parties prenantes consultées et avis des parties prenantes	4
Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé	6
Axe 1. Aide aux professionnels pour organiser les parcours des patients	6
Axe 2. Aide à l'organisation du travail pluriprofessionnel et à l'animation territoriale	8
Axe 3. Adoption d'un mode d'organisation adapté à ces fonctions	10
Caractéristiques des revues systématiques et rapports retenus	11
Bibliographie	15
Participants	15

Introduction

Cette grille d'auto-évaluation des réseaux de santé répond à une saisine de la HAS par la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS), suite à la publication du guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? »¹.

Elle s'inscrit dans la continuité du guide publié par la DGOS : une évolution vers des réseaux polyvalents ou pluri-thématiques, agissant dans une perspective de territoire et coopérant avec les autres structures d'appui et de coordination tels que les CLIC, CCAS, SSIAD, MAIA, MDPH, etc.

Cette grille a pour objectif d'aider les réseaux à auto-évaluer leurs pratiques et leur organisation, de façon à améliorer leur impact sur la prise en charge des patients. Elle peut également être utilisée par les coordinations et les plates-formes d'appui qui se mettent en place en s'appuyant sur des dynamiques locales qui peuvent être différentes des réseaux.

Méthodologie d'élaboration

Cette grille d'auto-évaluation a été élaborée sur la base d'une analyse de la littérature et des expertises des membres du groupe de travail. Les parties prenantes professionnelles ont été consultées, avant et après son élaboration. Des échanges réguliers ont par ailleurs eu lieu avec le bureau PF3 de la DGOS.

1. Stratégie de recherche bibliographique et critères de sélection documentaire

L'élaboration de cet outil a reposé sur deux documents de référence de la HAS publiés en 2014, et les publications retenues dans le cadre de leur production :

- Haute Autorité de Santé. [Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours » - Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ?](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014 (1).
- Haute Autorité de Santé. [Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours » - Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014 (2).

Une recherche documentaire complémentaire a consisté en un *benchmarking* sur les sites des agences internationales suivantes :

- *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* ;
- *NCQA ACO Accreditation* ;
- *The Health Foundation* ;
- *The King's Fund* ;
- *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* ;
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Canada).

2. Parties prenantes consultées et avis des parties prenantes

- L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) ;
- Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) ;
- Le Collège de la médecine générale (CMG) ;
- La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
- La Direction générale à la cohésion sociale (DGCS) ;
- La Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) ;
- La Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) ;
- La Fédération hospitalière de France (FHF) ;
- La Fédération nationale des centres de santé (FNCS) ;
- L'Union nationale des réseaux de santé (UNR. Santé) ;
- L'Union régionale des professionnels de santé (URPS) – Médecins de Bretagne.

1. Direction générale de l'offre de soins. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé. Guide méthodologique. Paris : DGOS; 2012.

En préalable à l'élaboration de cette grille d'auto-évaluation, les parties prenantes ont été consultées sur la base d'une feuille de route résumant l'objectif, la bibliographie identifiée et la méthodologie d'élaboration. Il leur a été demandé de donner leur avis sur la méthode d'élaboration, la pertinence du projet et sur la validité des axes de progression et dimensions identifiées par :

- l'appui au travail en équipe et à la coordination territoriale des acteurs (projet de santé territorial, pilotage et intégration territoriale, réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) territoriales, protocoles pluriprofessionnels, et aide à l'élaboration et au suivi du plan personnalisé de santé (PPS) ;
- l'appui aux pratiques de santé et à l'accès aux soins (assistance au parcours dans les situations complexes, transition hôpital-domicile, participation à un guichet intégré, réalisation des procédures et mobilisation de relais pour l'accès aux soins) ;
- l'appui à l'implication des patients (appui méthodologique à l'ETP, réalisation d'ETP en subsidiarité, soutien des aidants, campagnes d'information et de prévention) ;
- l'appui à l'utilisation optimale des systèmes d'information (SI) : saisie structurée des données, partage des données et gestion et exploitation des données.

Dans ce cadre, le réseau ou la plate-forme d'appui :

- soit réalise lui-même les activités (ex : éducation thérapeutique du patient, évaluations multidimensionnelles, etc.) ;
- soit vient en appui aux professionnels, en leur apportant une expertise (élaboration d'un protocole pluriprofessionnel, d'un programme d'éducation thérapeutique, etc.) pour leur permettre d'effectuer.

Il est précisé que le RAP doit être un outil ciblé sur les fonctions, et non sur les structures.

Suite à ces différentes présentations, un certain nombre de remarques ont été formulées par les participants :

- la nécessité de raisonner par territoire ;
- le positionnement des structures d'appui à proximité des professionnels ;
- l'intérêt de la grille pour éclairer la Coordination territoriale d'appui (CTA), dans le cadre du dispositif PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie), mais son intérêt aussi au-delà du périmètre de cette CTA qui ressort plus d'un guichet intégré ;
- le fait que la mise en œuvre de cet outil au niveau des réseaux représente un véritable virage pour ces derniers ;
- le fait que certaines dimensions répondent davantage aux besoins des professionnels qu'à ceux des patients : système d'information, démarche qualité, etc. ;
- la participation des patients/usagers aux actions de santé, et notamment leur implication dans les actions de prévention.
- la nécessité d'une compatibilité du système d'information partagé des réseaux avec ceux utilisés par les équipes de santé primaire du territoire ;
- l'accent à mettre sur la dynamique de mutualisation, voire de regroupement, des réseaux à l'échelle du territoire, avec l'objectif de la meilleure couverture populationnelle possible.

Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé

Axe 1 – Aide aux professionnels pour organiser les parcours des patients

Dimensions	Caractéristique 1	Caractéristique 2	Caractéristique 3	Caractéristique 4	Caractéristique 5
1. Aider au repérage des personnes en difficultés	Les situations, qui doivent faire l'objet d'un repérage de façon prioritaire, sont définies avec tous les acteurs du territoire.	Tous les acteurs du territoire concernés participent à ce repérage.	Les outils de repérage sont communs à l'ensemble des acteurs du territoire.	À la suite du repérage, une procédure commune d'orientation et de suivi des personnes est mise en œuvre.	Des appuis (conseils méthodologiques, formations, protocoles et outils, etc.) sont proposés aux acteurs du territoire pour mettre en œuvre ce repérage.
2. Aider à l'évaluation multidimensionnelle des personnes	Les outils d'évaluation multidimensionnelle sont communs à tous les acteurs du territoire.	Un appui ponctuel est proposé aux professionnels de soins primaires pour réaliser cette évaluation, y compris au domicile des personnes.	Les situations qui nécessitent un recours spécialisé pour réaliser cette évaluation sont définies avec les acteurs du territoire.	Le médecin traitant et les professionnels de soins primaires concernés sont informés des résultats de cette évaluation, sous forme d'une synthèse.	Des appuis (conseils méthodologiques, formations pluriprofessionnelles, etc.) sur l'utilisation des outils d'évaluation et des résultats de l'évaluation sont proposés.
3. Aider à planifier, suivre et réévaluer les interventions du Plan Personnalisé de Santé (PPS)	Les acteurs du territoire planifient les interventions sanitaires et sociales sur le mode du PPS, selon un format partagé.	Les plans de soins et d'aides, élaborés sur le mode du PPS, sont accessibles et partagés par tous les acteurs du territoire concernés.	Des appuis sont proposés aux professionnels de soins primaires pour les aider à élaborer et suivre le PPS.	Ces appuis sont mobilisés, selon des critères partagés par les acteurs du territoire.	La mise en œuvre des plans de soins et d'aides est analysée par les acteurs du territoire, afin d'améliorer les prises en charge et de mieux répondre aux besoins des patients.
4. Orienter vers une assistance au parcours de santé adaptée en cas de situation complexe	Les situations complexes, sanitaires et/ou sociales, qui nécessitent une assistance aux parcours, sont définies avec tous les acteurs du territoire selon des critères explicites.	L'assistance au parcours s'appuie sur la séquence « évaluation, planification, suivi, réévaluation ».	L'assistance au parcours s'attache à renforcer les compétences du patient dans sa prise en charge.	Des retours d'information sont régulièrement effectués aux médecins traitants et professionnels de soins primaires, et en cas de besoin, des alertes sont effectuées.	Les différentes offres d'assistance au parcours sont identifiées, et coordonnées sur le territoire.
5. Aider à prévenir les réhospitalisations évitables	Les situations à risque de réhospitalisation, qui doivent être repérées de façon prioritaire, sont définies avec les acteurs.	Tous les acteurs du territoire concernés participent à ce repérage, avec des outils et référentiels communs.	Les informations nécessaires à la continuité des soins, lors de la transition hôpital-domicile (et les modalités de leur transmission au patient et aux professionnels de soins primaires), sont définies avec tous les acteurs du territoire concernés.	Lors du retour sur le lieu de vie, un appui est proposé aux professionnels de soins primaires, pour évaluer les besoins du patient, et organiser sa prise en charge sanitaire et sociale.	Des échanges réguliers, entre la ville et l'hôpital, sont organisés pour évaluer et améliorer les procédures de sortie d'hospitalisation.

Dimensions	Caractéristique 1	Caractéristique 2	Caractéristique 3	Caractéristique 4	Caractéristique 5
6. Aider à mettre en œuvre des démarches d'éducation thérapeutique du patient (ETP)	Les besoins des patients, en termes d'éducation thérapeutique, sont analysés avec les acteurs du territoire.	Cette analyse débouche sur un plan d'actions qui prévoit : <ul style="list-style-type: none"> • un développement collaboratif de l'ETP entre la ville et l'hôpital ; • un accès aux différentes modalités et niveaux d'ETP, adapté aux besoins des patients. 	Un répertoire des ressources en ETP est disponible sur le territoire.	Les messages et les supports d'information sont harmonisés entre les différents acteurs du territoire.	Des appuis (conseils méthodologiques, formations, supports, etc.) sont proposés aux acteurs du territoire, pour les aider à mettre en œuvre des démarches d'éducation thérapeutique.
7. Aider à garantir l'accès aux soins et aux prestations	Les freins et difficultés d'accès aux soins et aux prestations sur le territoire sont analysés.	Cette analyse débouche sur un plan d'actions concerté, qui prévoit un accompagnement des personnes en difficulté.	Ce plan d'actions fait l'objet d'un suivi formalisé et d'un retour aux acteurs du territoire.	Il existe un répertoire des personnes et structures pouvant intervenir, pour faciliter l'accès aux soins et aux prestations accessibles aux usagers.	Des appuis (conseils méthodologiques, formations, supports, etc.) sont proposés aux acteurs du territoire, pour mettre en œuvre le plan d'actions.
8. Aider à assurer la continuité entre les soins primaires et les recours spécialisés	Les freins et difficultés d'accès aux soins spécialisés sont régulièrement analysés.	Un accord, sur les procédures de référence et sur les rôles et responsabilités de chaque acteur, est formalisé pour remédier à ces difficultés.	Les modalités de partage de l'information et de communication sont définies par les acteurs du territoire.	L'accès des patients aux recours spécialisés est facilité en tant que de besoin.	Une procédure d'alerte est organisée, pour permettre aux usagers de signaler leurs difficultés d'accès aux recours spécialisés.
9. Aider à prévenir les risques d'épuisement et de maltraitance chez les aidants	Les besoins des aidants sont analysés avec les acteurs du territoire.	Cette analyse débouche sur la mise en place de prestations d'aides aux aidants, dont une consultation annuelle proposée aux aidants des personnes atteintes de pathologies lourdes ou handicapantes.	Une information, sur les prestations disponibles pour les aidants, est organisée auprès de la population.	L'offre d'aides aux aidants fait l'objet d'un suivi concerté entre les acteurs du territoire et d'aménagements si nécessaire.	Des appuis (conseils méthodologiques, formations, supports, etc.) sont proposés, pour aider les acteurs du territoire à repérer et prévenir les risques d'épuisement et de maltraitance chez les aidants.

Axe 2 – Aide à l'organisation du travail pluriprofessionnel et à l'animation territoriale

Dimensions	Caractéristique 1	Caractéristique 2	Caractéristique 3	Caractéristique 4	Caractéristique 5
10. Aider à élaborer et à suivre des protocoles pluriprofessionnels	Les situations, qui nécessitent l'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel, sont identifiées par les acteurs du territoire lors de concertations régulières.	Tous les acteurs du territoire concernés sont représentés dans l'élaboration des protocoles pluriprofessionnels.	Les protocoles pluriprofessionnels reposent sur les données issues de la littérature scientifique.	Les protocoles font l'objet d'un suivi concerté entre les acteurs du territoire et d'une mise à jour si nécessaire.	Des appuis (conseils méthodologiques, formations, supports, etc.) sont proposés aux acteurs, pour élaborer et mettre en œuvre les protocoles.
11. Appuyer les initiatives d'amélioration des pratiques et des organisations	Des outils et formations sont proposés aux acteurs du territoire pour accompagner leurs initiatives et leurs démarches qualité.	Les leaders professionnels et les représentants d'usagers sont mobilisés.	Les initiatives réussies sont identifiées et valorisées.	Des réunions de partage d'expériences entre les différentes organisations professionnelles sont régulièrement organisées.	Des retours d'information, sur les changements obtenus et leur impact sur la prise en charge des patients, sont régulièrement effectués aux acteurs du territoire.
12. Soutenir les actions de prévention et de promotion de la santé	Les besoins de la population, en termes de prévention et de promotion de la santé, sont analysés avec les acteurs du territoire, parmi lesquels les associations d'usagers et d'aidants.	Des rencontres, entre les différents acteurs de la santé communautaire, sont favorisées.	Cette analyse débouche sur des actions.	Ces actions font l'objet d'un suivi et d'un retour aux acteurs du territoire.	Des appuis (conseils méthodologiques, formations, supports, etc.) sont proposés aux acteurs du territoire, pour mettre en œuvre ces actions.
13. Aider à développer la culture de sécurité au niveau du territoire	Il existe, au niveau de la région ou du territoire, une charte de déclaration des événements indésirables liés aux soins.	Des réunions de retours d'expériences sont organisées par les acteurs du territoire.	Ces réunions associent une approche : <ul style="list-style-type: none"> • <i>a posteriori</i> (revues de mortalité et de morbidité) RMM) qui débouche sur des actions de correction ou d'atténuation ; • et, <i>a priori</i>, qui vise à prévenir les événements indésirables. 	Un bilan annuel de ces actions est publié en direction des acteurs du territoire, et adressé à la gouvernance territoriale.	Des appuis (conseils méthodologiques, formations, supports, etc.) sont proposés aux acteurs du territoire, pour mettre en œuvre des réunions de retours d'expériences.
14. Aider à développer un guichet intégré réunissant les structures d'appui sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire	Les modalités d'accès, à chacun des guichets participant à l'accueil, à la coordination et à l'orientation sont définies avec les acteurs du territoire. Ils en connaissent l'offre de services.	Les structures, participant à ces guichets, disposent d'un référentiel précisant leurs positionnements et missions réciproques.	Les structures, participant à ces guichets, utilisent un outil commun d'évaluation des demandes qui leur sont adressées.	Les structures, participant à ces guichets, utilisent un référentiel commun d'orientation des patients.	L'effectivité des expertises et prestations activées par le guichet intégré fait l'objet d'un suivi concerté entre les acteurs du territoire.

Dimensions	Caractéristique 1	Caractéristique 2	Caractéristique 3	Caractéristique 4	Caractéristique 5
15. Partager l'information entre les acteurs du territoire	Les modalités d'échange et de partage d'information sont définies avec les acteurs du territoire.	L'utilisation des documents standardisés d'échange d'informations est favorisée : volet de synthèse médicale (VSM), dossier de liaison d'urgence (DLU), document de sortie d'hospitalisation, formulaire de liaison entre les acteurs du guichet intégré (informations minimales pour assurer la transition des patients), etc.	L'utilisation du dossier médical personnel (DMP) et du dossier pharmaceutique (DP) est favorisée pour les patients atteints de maladies chroniques.	La Messagerie Sécurisée de Santé est déployée sur le territoire.	Des appuis (conseils méthodologiques, formations, supports, etc.) sont proposés aux acteurs du territoire, pour l'utilisation optimale des outils de partage d'information.
16. Effectuer des retours d'information à la gouvernance territoriale	Les difficultés, les besoins non satisfaits et les bonnes pratiques à capitaliser font l'objet d'un recueil par les acteurs du territoire.	Ces difficultés, besoins non satisfaits et bonnes pratiques sont transmis à la gouvernance.	Ces retours d'informations font l'objet d'une analyse concertée avec les acteurs du territoire.	Cette concertation débouche sur des décisions concrètes.	Ces décisions font l'objet d'un suivi et d'un retour aux acteurs du territoire (observatoire).
17. Prendre en compte les avis de la population	Les avis de la population sont recueillis sur le territoire.	Ces avis font l'objet d'une analyse partagée entre les acteurs du territoire.	Cette analyse débouche sur des initiatives.	Les associations d'usagers sont associées à cette démarche.	Ces initiatives font l'objet d'un suivi.

Axe 3 – Adoption d'un mode d'organisation adapté à ces fonction

Dimensions	Caractéristique 1	Caractéristique 2	Caractéristique 3	Caractéristique 4	Caractéristique 5
18. Travailler au plus près des organisations de soins primaires	Le réseau répond, dans un délai court, aux besoins et demandes des médecins traitants ou des médecins en lien avec le médecin traitant.	Le réseau appuie l'offre de soins et d'aides des professionnels, par des interventions sur les lieux de soins primaires ou au domicile des patients.	Le réseau a conclu des conventions avec les organisations de soins primaires.	La proximité, avec les organisations de soins primaires, se traduit dans la gouvernance des réseaux et plates-formes d'appui.	La coopération, entre le réseau et les acteurs de soins primaires, fait l'objet d'une analyse et d'un bilan annuel.
19. Organiser les ressources pour le management du réseau	Les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe du réseau sont définis.	Des actions de formation professionnelle continue ou de développement professionnel continu (DPC), de préférence pluriprofessionnelles, sont proposées à chaque membre de l'équipe du réseau.	Le réseau dispose d'un tableau de bord de pilotage.	Les indicateurs du tableau de bord permettent de renseigner les processus mis en œuvre et leurs résultats, en regard des objectifs prévus par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).	Le réseau dispose d'un appui externe à qui recourir en tant que de besoin pour aider à son management et à son évolution.
20. Assurer la sécurité des actions du réseau	Les événements indésirables, liés à l'activité du réseau, sont collectés.	Les événements indésirables font l'objet d'une analyse partagée, de type RMM, avec les acteurs concernés, en tant que de besoin et au moins une fois par an.	Cette analyse débouche sur des actions de prévention ou d'atténuation.	Les professionnels partenaires sont informés de la gestion des événements indésirables et de ses résultats.	Les résultats de la gestion des événements indésirables sont communiqués à la gouvernance.
21. Choisir et utiliser un système d'information approprié	Toutes les fonctions assurées par les réseaux et structures d'appui, et qui nécessitent d'être informatisées, sont identifiées afin de choisir un système d'information (SI) parmi les solutions logicielles existantes.	Le SI dispose de systèmes d'identification des patients, d'authentification, de gestion des contrôles d'accès et de traçabilité des connexions, permettant la sécurisation de données.	Le SI permet de renseigner de façon simplifiée les indicateurs des tableaux de bord de pilotage.	Le SI s'inscrit, dans le cadre d'interopérabilité permettant de s'interfacer avec les SI des autres structures et solutions développées ou en cours de développement au niveau territorial et national.	Le SI alimente, de façon automatique, les moyens de partage d'information déployés ou en cours au niveau des territoires de la région et au niveau national (DMP, MS Santé, etc.).

Caractéristiques des revues systématiques et rapports retenus

Auteurs/ Année de publication/ Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Caractéristiques d'inclusion des articles	Caractéristiques d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre de total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Conclusions des auteurs/Cohérence avec les données de la littérature présentées
<i>Low et al., 2011 RS (3)</i>	1994-2009	Oui	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> → 14 études, dont 8 RCT → 2 873 patients dans les RCT 	<p>Revue systématique des effets du case management, des soins intégrés et des soins en libre accès sur les résultats des patients âgés et la consommation de soins.</p> <p>Le CM améliore les capacités fonctionnelles, et l'usage approprié des traitements médicamenteux augmente la consommation de soins et de ressources ambulatoires, et réduit les admissions en EHPAD. L'effet sur les hospitalisations est inconstant.</p> <p>L'association du CM à l'intégration des services peut améliorer ces résultats.</p>
<i>Manderson et al., 2012 RS (4)</i>	1999-2011	Oui	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> → 9 RCT → 3 532 patients 	<p>Revue systématique des modalités et de l'impact de la « navigation » au moment des transitions, principalement entre l'hôpital et le domicile.</p> <p>Les situations et pathologies étudiées sont les personnes âgées atteintes de poly-pathologies, d'insuffisance cardiaque et d'AVC. Les enfants et les patients atteints de maladie mentale, de cancer, sans domicile fixe sont exclus. Les interventions durent de 1 à 18 mois. Les « navigateurs » sont pour l'essentiel des infirmières formées aux pratiques avancées.</p> <p>Les modalités de la navigation sont proches de celles du case management : planification, coordination, soutien par téléphone ou à domicile, lien avec les services sociaux, éducation des patients et formation des soignants. Toutes les études, sauf trois, montrent une réduction des hospitalisations non programmées ou du nombre de jours d'hospitalisation. Cinq études rapportent des coûts diminués, grâce à un moindre recours à l'hôpital</p> <p>Le début de l'intervention avant la sortie, si possible dès l'admission, le caractère actif de l'intervention et l'implication des soignants habituels paraissent être des facteurs importants de succès.</p>

Auteurs/ Année de publication/ Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Caractéristiques d'inclusion des articles	Caractéristiques d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre de total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Conclusions des auteurs/Cohérence avec les données de la littérature présentées
Maslin- Prothero et Bennion, 2010 RS (5)	2000-2009	Oui	Oui	Oui	→ 18 articles	<p>Il n'y a pas de définition universelle de l'intégration. Il existe en revanche une multitude de modèles d'intégration. Des facteurs variés conduisant à un mode intégré de travail ont été identifiés par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dispositions claires en matière de gouvernance ; • besoin de gestion et de résolution des tensions entre les structures aux niveaux local et national ; • nécessité d'avoir une compréhension partagée de l'objectif de la co-entreprise et une compréhension mutuelle, ainsi qu'un engagement pour une vision de l'entreprise au-delà des organisations impliquées ; • systèmes d'information partagée ; • développement d'une culture partagée ; • mise en place de nouveaux rôles pour soutenir de nouvelles façons de travailler ; • superposition des frontières des soins et des services sociaux ; • nécessité de présenter une histoire passée du travail ensemble ; • preuve mitigée de l'importance de la colocation. • reconnaissance de zones grises, en termes de politique et d'organisations. Nécessité d'encourager les agences locales à travailler dans ces zones ; • la promotion de valeurs de services aux usagers. <p>Des barrières à l'intégration sont également mises en évidence dans la littérature : manque de coopération interprofessionnelle entre professions de santé et du social, clivage entre ces deux groupes de professions, fossé dû à la différence de culture, de comportement et de compréhension des services qui créé un fossé entre les professions. Il y a également un besoin de clarifier les fonctions de management et les responsabilités des leaders.</p> <p>Le déséquilibre entre les pouvoirs et le manque de communication sont des obstacles certains. En ce qui concerne les ressources humaines, les contrats à court terme, le manque de visibilité par rapport à l'avenir sont des également des barrières à l'intégration.</p> <p>Les bénéfices pour les équipes engagées dans ce type de démarche sont importants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • plus grande satisfaction par rapport au travail ; • travail d'équipe amélioré ; • développement d'une culture partagée ; • communication améliorée ; • coopération améliorée avec les autres structures, permettant aux professionnels de répondre plus aisément aux besoins des patients. Le délai d'intervention, entre l'adressage et l'évaluation, est plus rapide dans les équipes intégrées. La personnalité des managers et leur capacité à créer du lien avec des professionnels de différents horizons sont également un facteur-clé ; • les auteurs pointent le manque de données empiriques.

Auteurs/ Année de publication/ Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Caractéristiques d'inclusion des articles	Caractéristiques d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre de total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Conclusions des auteurs/Cohérence avec les données de la littérature présentées
Nicholson et al., 2013 RS (6)	2006-2012	Oui	Oui	Oui	→ 21	<p>Les auteurs ont identifié, dans la littérature, 10 éléments-clés nécessaires à la gouvernance d'un système de soins intégrés entre les 1^{er} et 2nd recours, dans une perspective régionale de mise en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> • planification commune ; • technologie de l'information et de la communication intégrée ; • management du changement ; • priorités cliniques partagées ; • incitatifs ; • accent sur la santé de la population du territoire ; • mesure – utilisation des données comme outils d'amélioration de la qualité ; • DPC renforçant le travail collaboratif ; • implication des patients et des communautés ; • innovation. <p>Les facteurs de réussite de l'intégration ont été identifiés : le <i>leadership</i>, une vision centrée sur la sécurité et la qualité des soins au patient et l'engagement à travailler en partenariat.</p> <p>De même qu'un certain nombre d'obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'existence d'aspirations contraires ; • le besoin d'équilibrer les intérêts et valeurs des acteurs impliqués dans la continuité des soins. <p>Par ailleurs, la définition d'un modèle de gouvernance servant les intérêts de la communauté tout en préservant l'autonomie des organisations est un défi à relever.</p> <p>Les réformes au niveau macro sont insuffisantes, pour délivrer des soins intégrés. En effet, celles-ci doivent être réalisées en lien avec les réformes aux niveaux micro et méso.</p> <p>Les preuves empiriques sur l'impact de l'intégration font défaut. Très peu de données existent sur l'expérience des soins intégrés perçue par les patients, les professionnels de santé et les responsables politiques.</p>
Suter et al. 2009 RS (7)	1998-2006 et 2001-2006	Oui	Oui	Non	→ 219	<p>Malgré la diversité des concepts et modèles d'intégration, un nombre de facteurs de réussite communs ont pu être observés. Ces principes sont indépendants du type de modèle d'intégration, du contexte du système de santé et de la typologie des patients concernés. Il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des services globaux/cohérents tout au long du continuum des soins ; • du ciblage des patients ; • de la couverture territoriale et de l'inscription des patients ; • des prestations de soins standardisés par les équipes interprofessionnelles ; • du management de la performance ; • des systèmes d'information ; • de la culture d'organisation et du <i>leadership</i> ; • de l'intégration des médecins ; • des structures de gouvernance ; • de la gestion financière.

Auteurs/Année de publication/ Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Caractéristiques d'inclusion des articles	Caractéristiques d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre de total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Conclusions des auteurs/Cohérence avec les données de la littérature présentées
<i>Inclusion Health</i> Ministère de la Santé britannique Rapport 2010 (8)	-	-	-	-	-	<p>Ce cadre de référence, qui a pour objectif l'amélioration de la prise en charge des personnes victimes d'exclusions, fixe les 6 piliers d'un accompagnement de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>leadership</i> ; • ressources humaines en adéquation ; • cartographie précise des besoins et objectifs en relation ; • services adaptés et flexibles ; • promotion et prévention de la santé ; • confiance et responsabilité.
<i>Coordinating care in the Medical Neighborhood: critical components and available mechanisms</i> Rapport AHRQ 2011 (9)	-	-	-	-	-	<p>L'environnement médical est un dispositif fragmenté entre médecins de premier recours, paramédicaux, médecins spécialistes, établissements de soins et SAU, laboratoires médicaux et radiologie, pharmaciens, services d'appui à la pratique, services sociaux et d'aides à la personne, etc. Bien que les médecins de premier recours soient en principe au centre de ce dispositif, ils ne le sont pas dans les faits pour de nombreux patients, livrés à eux-mêmes, pour naviguer dans le système. Aux États-Unis, ceci reflète l'absence ou la faiblesse des incitations visant à la coordination des soins et la prédominance de l'exercice isolé versus les PCMH. Les normes professionnelles traditionnelles et l'absence d'outils pour partager l'information sont d'autres raisons à cela.</p> <p>Un modèle opérationnel de continuité des soins repose d'abord sur un travail en équipe entre le premier et le second recours, un consensus sur les rôles et modalités de coordination des soins, l'organisation protocolée des références, et des outils, pour aider les patients dans leurs choix de santé.</p> <p>Outre le développement des structures d'exercice regroupé type PCMH, la rémunération des activités de coordination entre professionnels est la mesure fondamentale et indispensable pour parvenir à ce résultat. L'utilisation des systèmes d'information, pour partager les données, est une autre mesure essentielle, mais elle ne suffira pas à elle-seule. D'autres interventions nécessaires sont la formation des professionnels sur le travail en équipe et la communication, afin de changer les cultures de collaboration entre soins de premier et de second recours, et la mesure des résultats obtenus avec publication des performances. Toutes ces mesures doivent être mises en œuvre de concert, pour avoir un effet synergique. Leur adaptation à la diversité des contextes locaux est une autre condition indispensable.</p>

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. [Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours » - Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ?](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
2. Haute Autorité de Santé. [Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours » - Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
3. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res* 2011;11:93.
4. Manderson B, McMurray J, Piraino E, Stolee P. [Navigation roles support chronically ill older adults through healthcare transitions: a systematic review of the literature](#). *Health Soc Care Community*. 2012;20(2):113-27.
5. Maslin-Prothero SE, Bennion AE. Integrated team working: a literature review. *Int J Integr Care* 2010;10:e043.
6. Nicholson C, Jackson C, Marley J. A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world: results of a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2013;13(1):528.
7. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q* 2009;13 (Spec):16-23.
8. Department of Health. [Inclusion Health](#). DH, 2010.
9. Agency for Healthcare Research and Quality. [Coordinating care in the Medical Neighborhood : critical components and available mechanisms](#). AHRQ, 2011.

Participants

Groupe de travail

Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs [déclarations publiques d'intérêts à la HAS](#). Elles ont été analysées, selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts. Les intérêts, déclarés par les membres du groupe de travail, ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.

M. Pascal Chauvet, infirmier libéral, Aulnay de Saintonge

Mme Amélie Colin, coordinatrice d'un réseau de santé, Rennes

Mme Marie-Christine Etienne, pilote MAIA, Montpellier

Mme Magali Eymery, responsable du service « Appui à la coordination – Réseaux de santé », ARS Île-de-France, Paris

M. Stéphane Fabries, directeur d'un réseau de santé, Marseille

Mme Christelle Fourneau, infirmière libérale, Poitiers

Mme Jessica Gheller, chargée de mission au sein d'une fédération régionale de réseaux de santé, Toulouse

Dr Jean-Claude Jamot, bénévole au sein d'une association d'usagers, Montpellier

M. Yvan Le Guen, directeur d'un EHPAD, Fontenay-sous-Bois

Dr Gilles Leboube, responsable du département organisation, ARS Franche-Comté, Besançon

Mme Laurence Marian, responsable du pôle projets stratégiques, ARS Languedoc-Roussillon, Montpellier

Mme Pierrette Meury, infirmière libérale, Le Moule (Guadeloupe)

Mme Fatiha Mlati, directrice de département « Intégration », France Terre d'Asile, Paris

Dr Didier Ménard, médecin généraliste libéral, Saint-Denis

Dr René Nivelet, médecin, ARS Bretagne, Rennes

Mme Aline Sillans, coordinatrice d'appui au sein d'un réseau de santé, Besançon

Dr Pierre-Yves Traynard, médecin généraliste libéral, Paris

Pour la HAS

Mme Nathalie Derozier, chef de projet, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

Dr Michel Varroud-Vial, chef de service, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste, service documentation et information des publics



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Toutes les publications sont téléchargeables sur

www.has-sante.fr