

# PARCOURS DE SANTÉ

## Réflexions - perspectives

*Jeudi 24 mai 2018,  
14h00 - 17h00*

**Université de Bretagne Sud** -  
amphithéâtre du bâtiment de sciences 2,  
2 rue Coat Saint-Haouen  
56100 Lorient

*En présence de :*

- Antoine MALONE, Directeur de la Prospective à la FHF ;
- Claude SICOTTE, Professeur, chercheur, Chaire de recherche EHESP / MNH-BFM : Prospective en santé ;
- Pr Emmanuel RUSCH, Directeur équipe recherche Education Ethique Santé CHU Tours



Conseil territorial de santé  
Lorient - Quimper

Entrée gratuite



# M. Norbert METAIRIE

Président du Conseil Territorial de Santé de  
Lorient - Quimperlé

Conseil territorial de santé

Lorient – Quimperlé

# M. Bernard GAILLARD

Président de la Conférence Régionale de Santé et  
de l'Autonomie (CRSA) de Bretagne





# Les contours du concept de « Parcours de santé »

**M. Emmanuel RUSCH,**

**Directeur de l'équipe de recherche Education Ethique  
Santé CHU Tours**

# Les contours du concept de « parcours de santé »



**Pr Emmanuel RUSCH**

# De multiples enjeux

- Développement des maladies chroniques
  - Dimension temporelle « longue » de la prise en charge ;
  - Nombre croissant de situations de polyopathologies ;
  - Caractère « multiple » des intervenants.
- Progrès scientifique et innovations diagnostiques ou thérapeutiques
  - Obsolescence des connaissances et spécialisation des professionnels de santé.
- Contraintes économiques
  - Financement du système de santé ;
  - Difficultés d'accès aux soins.
- Représentation de l'utilisateur du système de santé et du patient
  - Position, rôle et statut (en miroir ceux du soignant).

# Dimension filière de soins

**Délivrer des soins dans un continuum temporel prolongé, ceci par différents intervenants se succédant (approche de l'ingénieur).**

- Protocoles de soins, guides de bonnes pratiques ou parcours de soins (Haute Autorité de Santé).
- Standardisation des processus de soins, levier pour une meilleure coordination des soins.

**Standardisation des qualifications des professionnels de santé**

- Préciser les champs de compétences et d'activités des différents intervenants.
- Délégation de tâche (ex. : infirmier), pratiques avancées.

**Capacité à travailler ensemble « au bénéfice » du patient.**

- Relation de confiance, compréhension réciproque, projet commun et partage de valeurs.
- Exercices professionnels regroupés (maison de santé pluri professionnelle, pôle de santé,...).
- Ressources humaines et technologiques disponibles sur un territoire géographique donnée.
- Inégalités de répartition des professionnels de santé.

# Dimension relationnelle

- **La relation patient-soignant s'est profondément transformée**
  - Approches paternaliste, centrée sur le patient, partenariale.
  - Lois du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
  - Refus de soins (rupture de la continuité relationnelle).
- **Qualité de la relation patient-soignant : Ne se décrète pas, se construit.**
  - Du côté de l'usager, la littératie en santé.
  - Du côté du patient avec maladie chronique, éducation thérapeutique et/ou accompagnement spécifique (processus d'empowerment).
  - Du côté des professionnels de santé, compétences interculturelles et relationnelles.
  - Nouvelles technologies de l'information et de la communication : quelle relation ?



# Dimension informationnelle

- **Dossier médical personnel**
- **Sécuriser des données**
  - données disponibles (au bon moment), intègres (non modifiées accidentellement ou intentionnellement) et confidentielles (accessibles aux seules personnes autorisées).
- **Conditions du partage**
  - Secret professionnel, langage commun, accessibilité par le patient de son information, accord du patient quand au recueil et au partage de l'information.

# Dimension organisationnelle et politique

- **Couverture assurance maladie** et panier de biens et services pris en charge au travers d'un financement collectif.
- **Renoncements aux soins** pour raisons financières.
- **Régulations dissociées**
  - du secteur du soin hospitalier et secteur du soin ambulatoire,
  - secteur du soin préventif et secteur du soin curatif,
  - secteur sanitaire et du secteur médico social ou social.
- **Réseaux de soins** en réseaux de santé.
- **Médecin traitant** et parcours de soins (ou de santé).

# CHARTRE DU PARCOURS DE SANTÉ

## USAGERS ET PROFESSIONNELS : ENSEMBLE POUR NOTRE SANTÉ !



CNS-CSDU/Emmanuel RUSCH

# CHARTRE DU PARCOURS DE SANTÉ

## USAGERS ET PROFESSIONNELS : ENSEMBLE POUR NOTRE SANTÉ !

- Chaque usager du système de santé a un parcours de santé particulier. Ce parcours personnalisé se construit dans le cadre de relations privilégiées établies avec les professionnels de santé qui l'accompagnent.
- La charte du parcours de santé a pour objectif de promouvoir le respect des droits des usagers, les conditions favorables à la réalisation de parcours de santé de qualité, sans rupture et adaptés aux besoins de l'usager.
- Dans le cadre créé par les politiques de santé, cette charte présente les principes et objectifs qui s'appliquent à l'ensemble des étapes du parcours de santé, sur l'ensemble du territoire national.



### TROIS PRINCIPES

#### 1. Usagers et professionnels sont dans une relation partenariale

Cette relation est faite de respect, de bienveillance, de confiance et d'écoute mutuels.

Elle se construit selon des modalités adaptées à la situation personnelle de l'usager, dans le respect de son autonomie.

Tout au long de son parcours de santé, l'usager dispose de tous ses droits. Il ne fait l'objet d'aucune discrimination.

L'usager agit selon les mêmes principes vis-à-vis des professionnels de santé. L'usager a la possibilité et les moyens d'exprimer son appréciation sur la qualité de la relation avec les professionnels et sur la qualité des soins ou des prestations reçues.

#### 2. Tout usager prend, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé

La décision repose sur le partage d'une information claire et loyale, incluant les aspects financiers et le reste à charge, permettant à l'usager d'exprimer son consentement, ou son refus, libre et éclairé.

L'usager est reconnu comme acteur de sa santé tout au long de sa vie. Le professionnel de santé exerce son activité en respectant les règles déontologiques qui s'imposent à lui.

Pour exercer son pouvoir de décision, l'usager est en droit de se faire accompagner par la personne de son choix, qui peut être la personne de confiance. Toute personne a droit au respect de ses volontés quant à sa fin de vie telles qu'elle les a exprimées, notamment dans ses directives anticipées, dans le respect des obligations légales et réglementaires.

#### 3. Usagers et professionnels partagent des responsabilités collectives vis-à-vis de notre système de santé et de solidarité

Usagers et professionnels, directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants, participent aux décisions relatives aux politiques de santé et de solidarité tant au niveau national que territorial et local.

Tous les usagers sont destinataires d'informations sur les représentants des usagers, sur les instances dans lesquelles ils siègent et sur la façon dont ils peuvent les saisir tout au long de leur parcours de santé.

Usagers et professionnels agissent en étant conscients que les décisions qu'ils prennent, les comportements qu'ils adoptent ont un impact sur la pérennisation de notre système de santé solidaire.

### QUATRE OBJECTIFS

#### 1. Agir pour la promotion de la santé, l'éducation pour la santé, la prévention et le maintien de la santé tout au long du parcours de santé

Usagers et professionnels adoptent une démarche de prévention tout au long du parcours de santé. Ils veillent, avec l'ensemble des acteurs du territoire, à promouvoir des environnements de vie favorables à la santé.

#### 2. Assurer l'accès de tout usager aux professionnels, aux établissements et services de santé, quelle que soit sa situation sociale, économique, géographique, d'état de santé, de handicap et de dépendance

Les professionnels s'assurent de l'accessibilité effective et équitable aux professionnels, établissements, structures et services de santé.

Dans l'intérêt de la santé publique, les professionnels font en sorte d'aller vers les personnes en marge du système de santé.

Les professionnels sont attentifs à articuler au mieux les réponses aux besoins de l'usager dans le domaine de la santé et du social.

#### 3. Élaborer le parcours de santé personnalisé dans une démarche de coconstruction entre usager et professionnel de santé

L'usager exerce son libre choix vis-à-vis des professionnels de santé, des thérapeutiques proposées, d'établissements ou de services, de lieux de vie ou de soins, sauf impératifs de sécurité sanitaire ou de contraintes de service.

Lorsque le professionnel, le service ou l'établissement ne peut assurer sa prise en charge, l'usager doit bénéficier d'une orientation pertinente qui tienne compte de ses besoins, de ses choix et de ses ressources.

L'usager est en droit de modifier ces choix au cours du temps.

#### 4. Garantir la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement tout au long du parcours de santé personnalisé de l'usager

L'ensemble des professionnels assurent la fluidité du parcours en se coordonnant et en partageant les informations nécessaires à la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement, ceci dans le respect de la volonté des usagers et de la protection des données personnelles.

Les personnes en situation de vulnérabilité, liées à certains handicaps, bénéficient de suivis spécifiques. Une vigilance particulière est portée au dépistage et à la prise en charge des maladies qui peuvent accompagner le handicap et des handicaps qui peuvent résulter de la maladie.

La douleur est prise en charge tout au long du parcours de santé.

Les usagers bénéficient, indépendamment de leurs ressources, de l'innovation disponible, évaluée, validée et présentant un bénéfice pour leur santé. Ils sont informés sur les essais cliniques susceptibles de les concerner et sur l'accès anticipé aux innovations thérapeutiques dans le cadre d'autorisations temporaires.



# Les questionnements dans les organisations

**M. Antoine MALONE,**

**Directeur de la prospective à la FHF**

# Répondre aujourd'hui et demain aux besoins de la population : la Responsabilité populationnelle en pratique

**Parcours de santé  
Réflexions, perspectives  
Lorient, 24 mai 2018**

Antoine MALONE  
Prospective, FHF  
ENAP

# Plan de la présentation

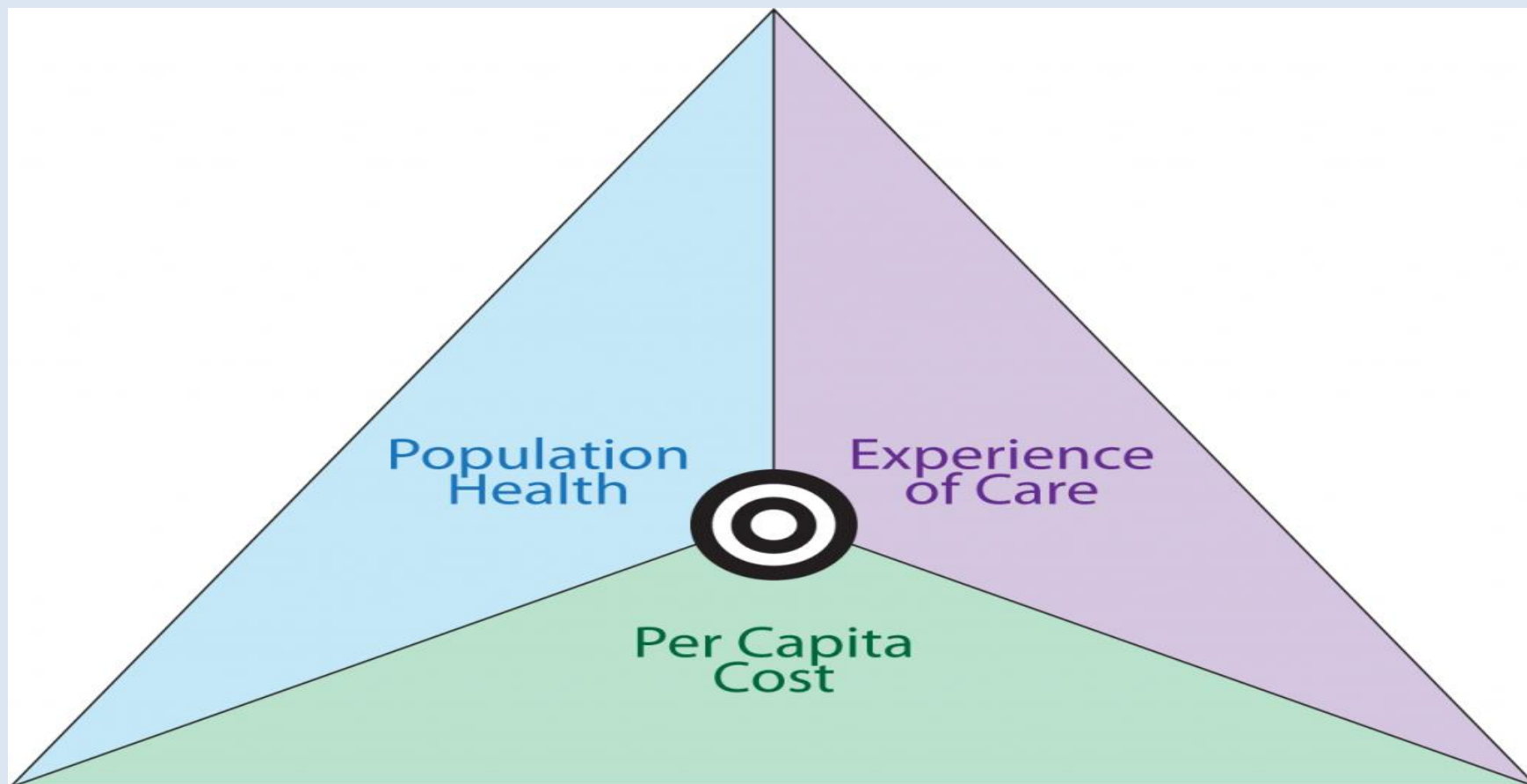
- Les leviers de transformation des organisations de santé
- Vers une approche populationnelle

# Répondre au Triple Défi

- Défi épidémiologique
  - Défi démographique
  - Défi technologique
- 
- ....dans un contexte budgétaire contraint !

# Ce qu'un système/organisation *doit* faire

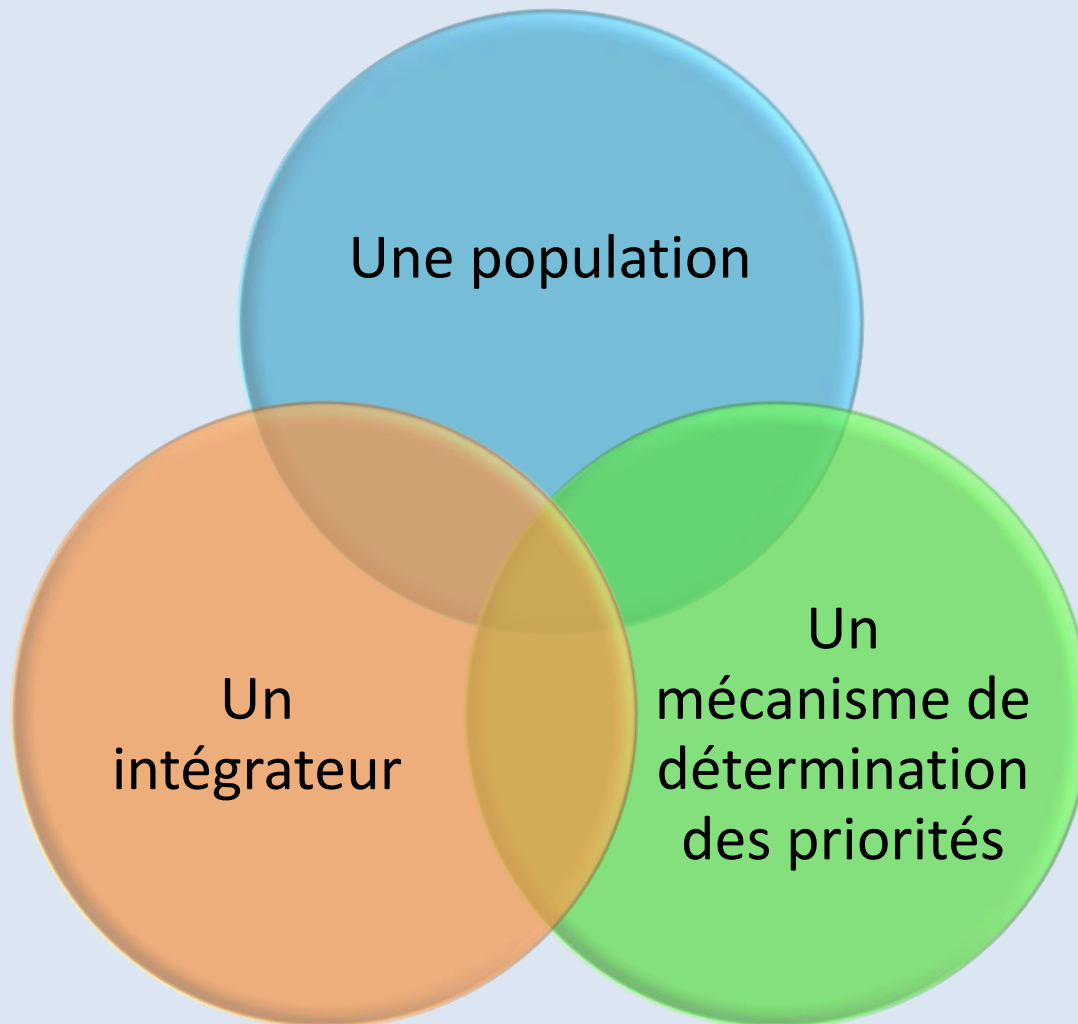
## Le Triple Objectif



Source : Berwick, IHI, 2008



# Les ingrédients de base



Source : Berwick et al. 2008

# Mais...

## Des défis « propres » à la France

Des défis  
« nouveaux »

Extension des déserts médicaux

Fortes inégalités de santé

Attractivité/qualité de vie à l'hôpital...mais aussi en ville !

Crise du modèle de financement

Des défis  
anciens

Très grande fragmentation du système

« Opposition » ville/hôpital

Faiblesse de la prévention

Complexité du système pour le patient/la population

# Les leviers d'amélioration des services de santé

Mettre à contribution les **gestionnaires et prestataires de première ligne** dans la création d'une culture d'amélioration

Promouvoir la prise de décision éclairée par les **données-probantes**

Se concentrer sur les besoins de la **population**

**AMÉLIORATION  
DES SERVICES  
DE SANTÉ**

Mobiliser **les patients** et les citoyens

Élaborer des **politiques** et des mesures incitatives favorables

Renforcer la **capacité** organisationnelle

Source : FCASS/CFHI

# Aligner les intérêts dans un système fragmenté : l'excellence clinique

- Les incitations financières ne suffisent pas à aligner les intérêts (Denis et Malone, à venir, Hilligoss et al.2016)
- Les « mécanos » structurels ont des effets mitigés sur l'intégration clinique (Contandriopoulos et al.2014, Mintzberg, 2017)
- Les motivations intrinsèques priment chez les professionnels de santé (Janus, 2010)
- L'excellence clinique permet de s'appuyer sur les motivations intrinsèques pour générer de la performance



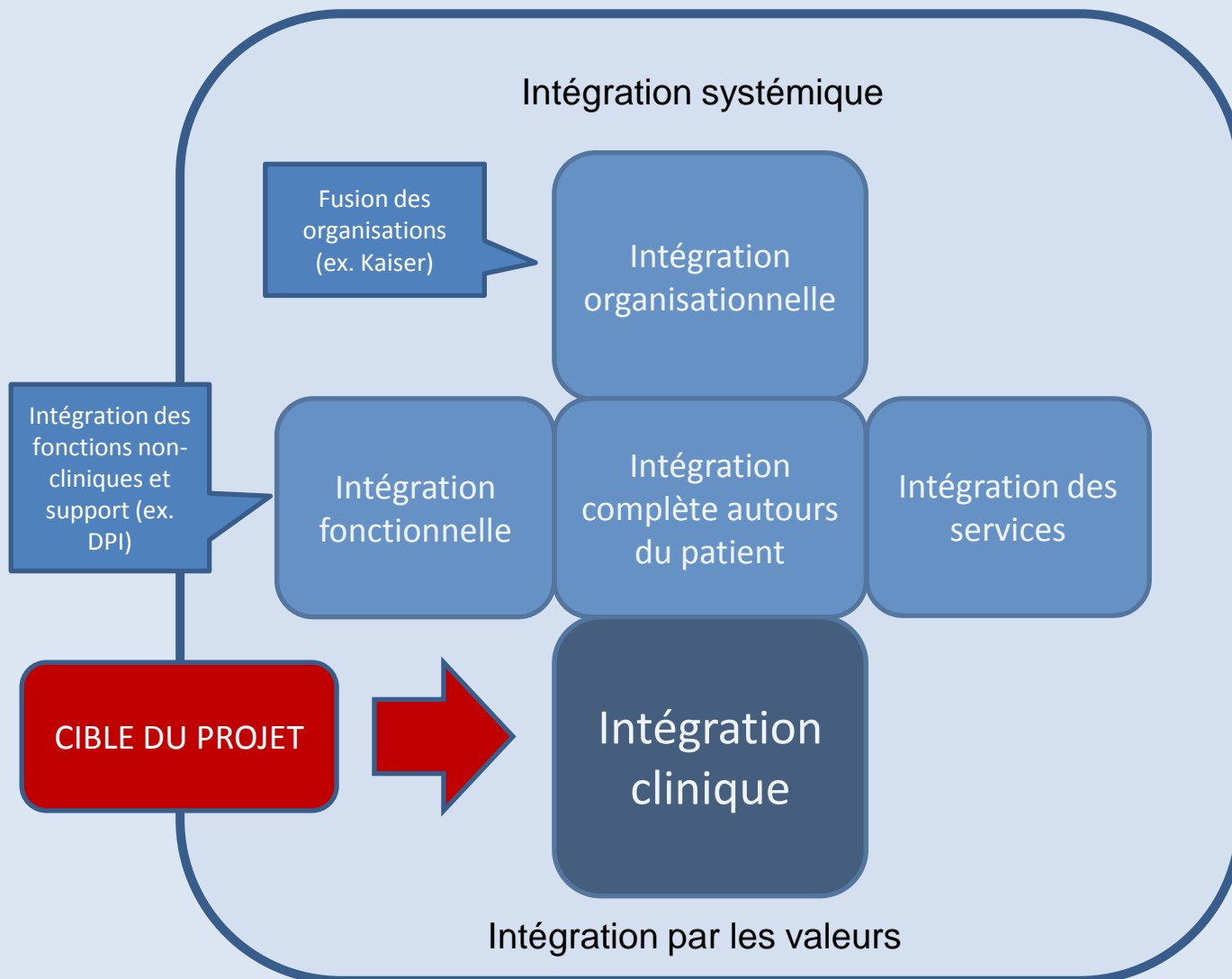
1 bis, rue Cab.

Geisinger



33 1 44 06 84 44 . F +33 1 44 06 84 45 . e-mail fhf@fhf.fr . www.fhf.fr

# Vers l'intégration clinique



*« L'intégration clinique implique que les services rendus par les professionnels soient intégrés dans un processus unique au sein et à travers des professions, au moyen protocoles ou de lignes directrices partagées »*

# Vers des micro-systèmes cliniques intégrés



Source : « Building a Better Delivery System”  
National Academy of Engineering, Institute of Medicine, 2005

## 2) L'approche populationnelle en cinq étapes

- 1 ) Identifier une population d'intérêt
- 2) Stratifier cette population en fonction des besoins et des facteurs de risque
- 3) Elaborer, pour cette population et en fonction des besoins, des *programmes cliniques*
- 4) Mettre en œuvre et mesurer ce qui se passe
- 5) Capitaliser sur l'expérience pour améliorer le programme, et donc la réponse aux besoins, la prise en charge et l'efficience

# 1) Identifier une population

## Population socio-économique

-Population précaire du département/de la ville

-Personnes âgés

-Immigrés

-Mères isolées

-Jeunes

-Professions

Désorientés face à un système complexe

Saines habitudes de vie, MST, consommation alcool, drogues

Ex: Agriculteurs développent des cancers, des suicides

## Population « clinique »

-Diabète dans le département

-Maternité et nouveaux nés

-BPCO

-Insuffisance cardiaque

-Utilisateurs lourds d'urgence

A retrouver via le PMSI ?

Ex: Troubles respiratoires en Rhône-Alpes liés à l'ambrosia

«Atlas des variations de pratiques »

## Population «économique »

-Bénéficiaires de la CMU/CMU-C/AAH...

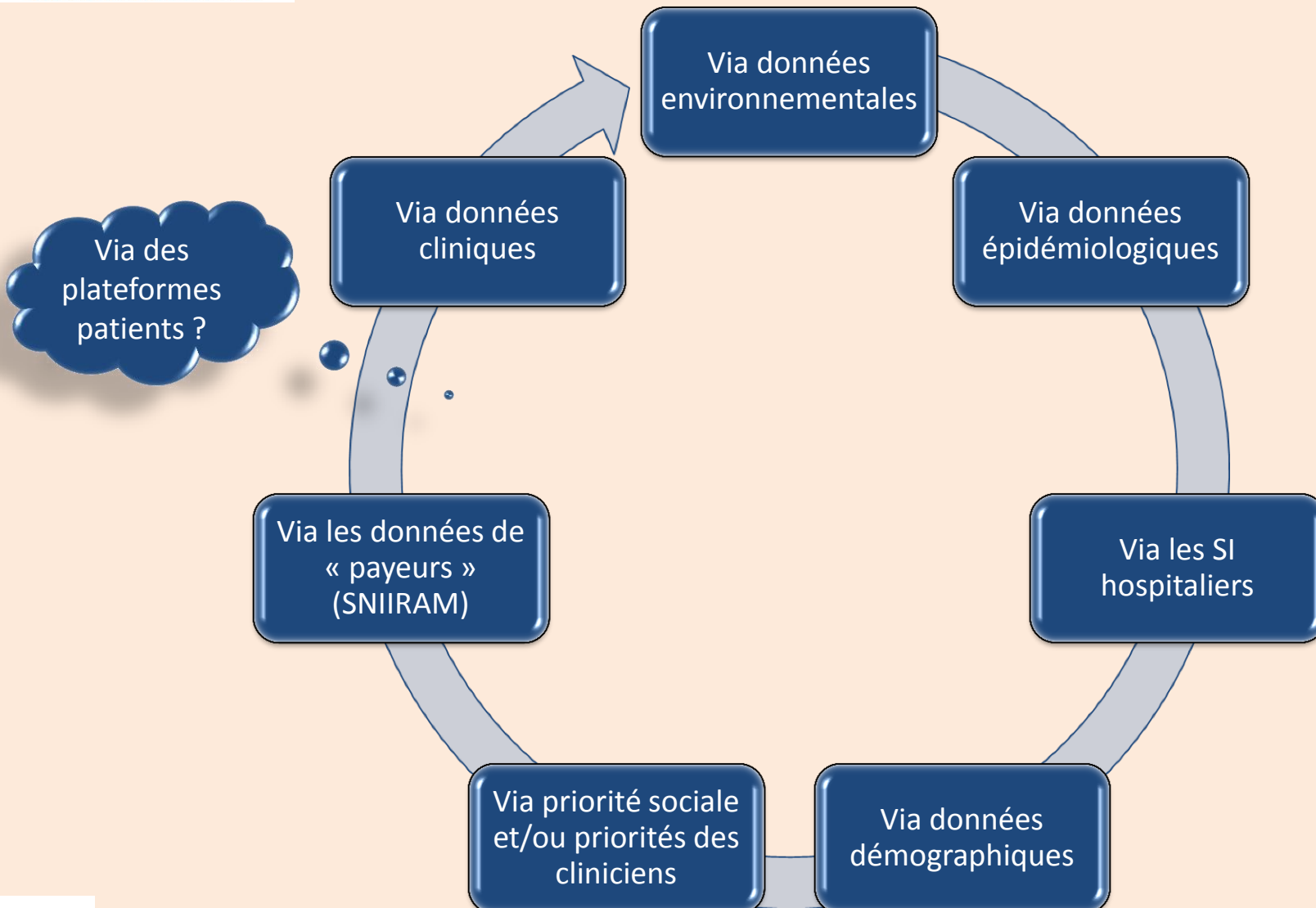
-Patients « couteux et complexes »

-Générateurs de coûts pour l'Assurance-maladie

-Variations inexplicables dans les modes de prise en charge



# 1) « Trouver » une population

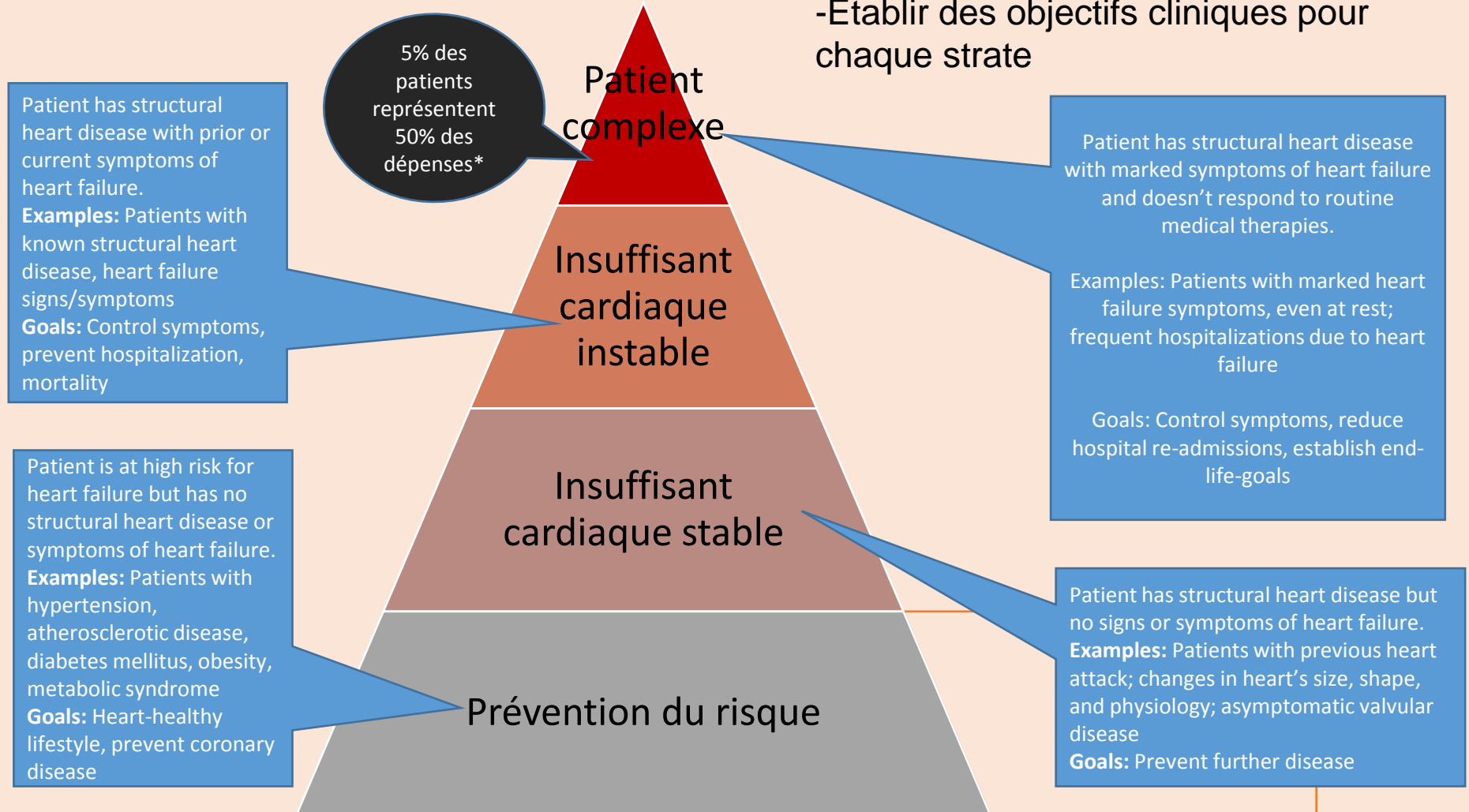


# 1) Les bonnes questions, les bons chiffres...

- 7% des DRG (GHM) représentent 70% du volume d'activité (Intermountain Healthcare, NEJM Catalyst, 2017)
- 5% de la population représente 50% des dépenses de santé aux USA (Blumenthal, NEJM, 2016)
- 1,21% de la population de North Camden génère 13% des dépenses de santé de ce territoire (Sayer et al.2017)
- La solitude et l'isolation sociale augmentent le risque de maladie cardiaque et de crise cardiaque de 30% (Health Foundation, 2018)
- En France, en 2006, l'obésité était dix fois plus fréquente parmi les enfants d'ouvriers (6 %) que parmi les enfants de cadres (0,6 %) (Potvin, Moquet et Jones, dir. INPES, 2010)
- 38% des ouvriers fument quotidiennement, contre 18% des cadres (INPES, 2015)

## 2) Stratifier une population (ex : Insuffisance cardiaque chez Intermountain Healthcare) : chaque « membre » est assigné à une strate

- Définir des critères de « frontière » pour chaque strate
- Etablir des objectifs cliniques pour chaque strate



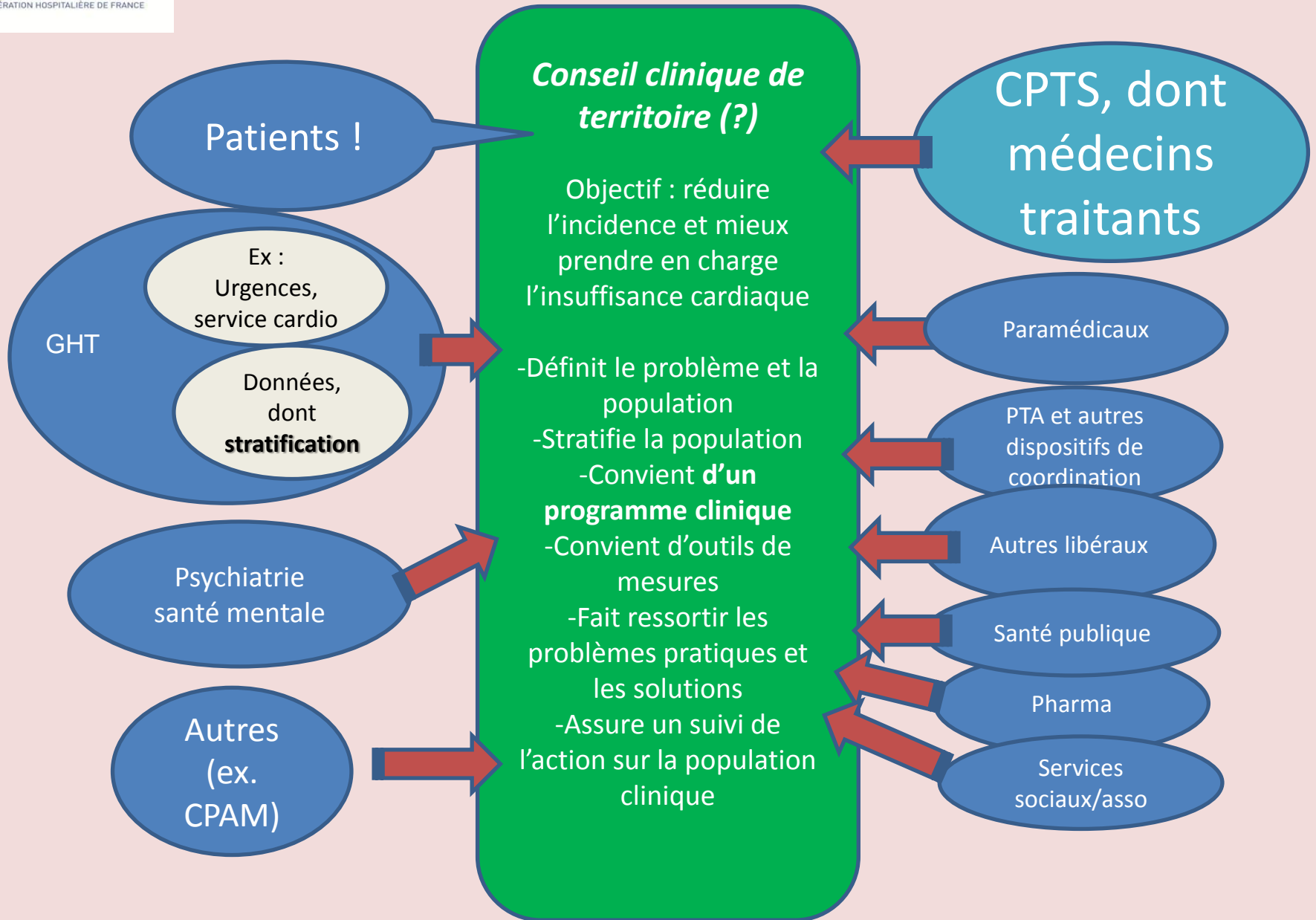
### 3) Elaborer un programme clinique partagé pour cette population

Par ex: si le programme clinique dit qu'un « coaching » alimentaire doit être offert à un patient, il faut identifier « qui » peut faire cela, à Troyes, à Niort, etc. *Cela implique un travail de recensement des ressources*

Ou encore, réduction de X% du taux de recours aux urgences pour les +75 ans

- Le programme clinique est la « recette de cuisine » sur laquelle se mettent d'accord les cliniciens pour une population donnée
- Il associe, pour chaque strate de la pyramide,
  - Des protocoles de prise en charge basées sur les meilleurs pratiques cliniques
  - Des ressources réelles correspondant aux besoin cliniques (sanitaires –incluant santé mentale-, sociaux et médico-sociaux).
  - Des indicateurs et des cibles de résultats finaux (par ex. si on travaille sur les patients âgés, vacciner 75% des +65ans contre la grippe (env.50% aujourd'hui))
  - Une assignation (*flagging*) de patients réels à chaque strate, à laquelle correspond une offre de service déterminée par le programme
  - Des registres de suivi des patients

### 3 ) L'élaboration en commun de programmes cliniques

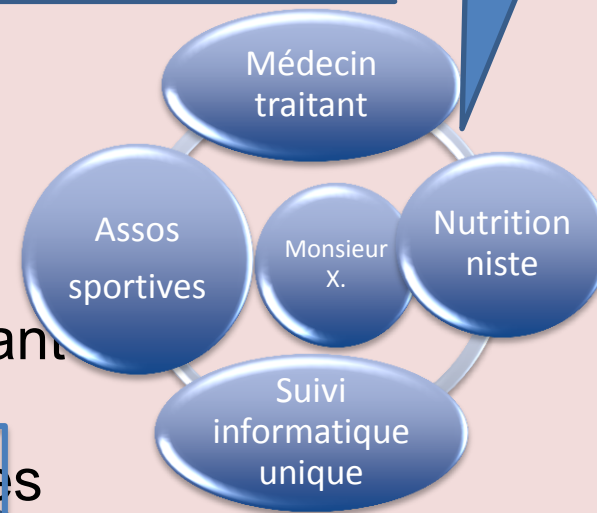


# Ex 1 : Monsieur X, 18 ans, quartier difficile, en surpoids, histoire familiale à risque = risque cardiaque

## Strate 1 : prévention

- Identification via un programme de dépistage
- Assignation d'un médecin traitant, le cas échéant
- Mise en contact avec des associations sportives
- « Coaching » alimentaire
- Suivi via consultations chez son médecin traitant, note au registre clinique

Coordination  
« légère »



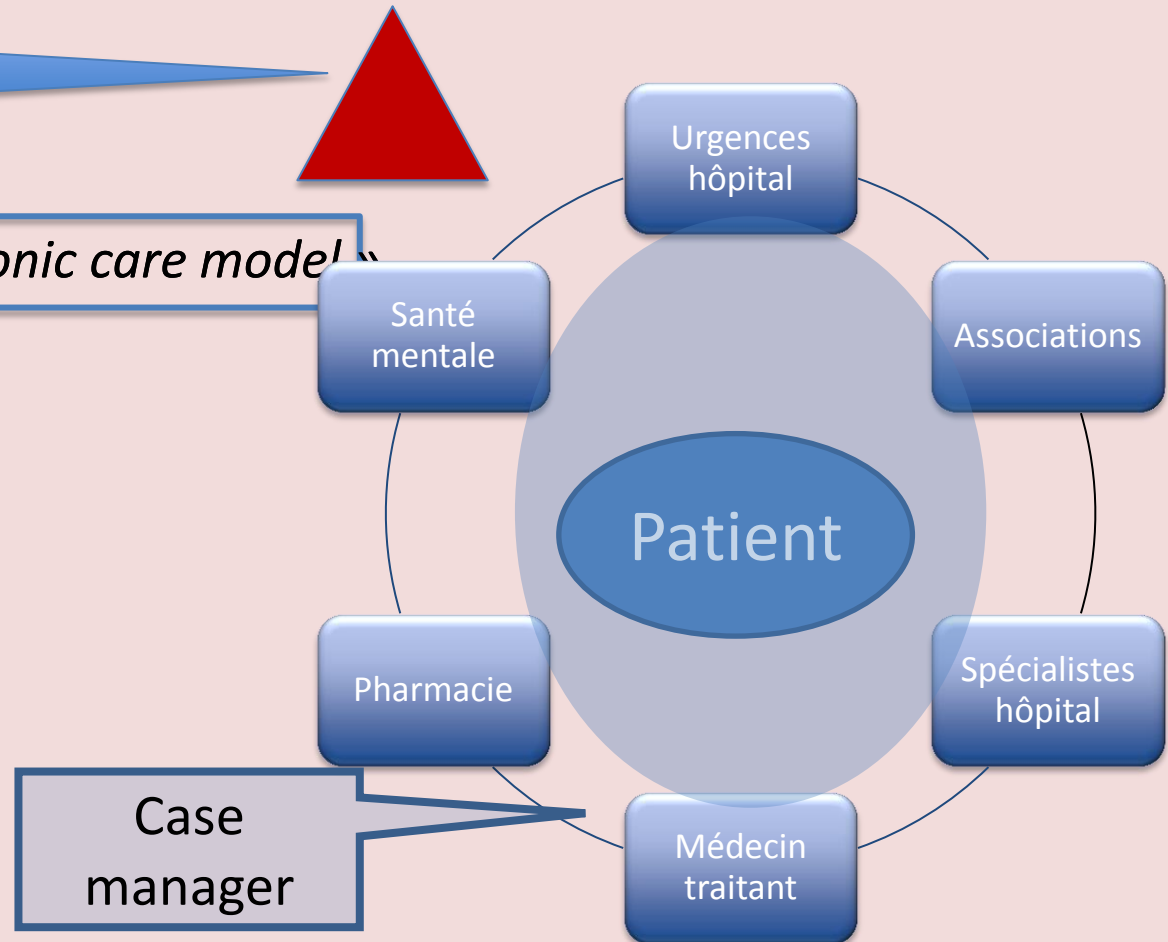
Qui peut  
faire cela  
?

Via les services municipaux ?

## Exemple 2 : Mr. X, 80 ans, polypathologie, perte d'autonomie, problèmes sociaux lourds

Assignation à la strate « patients complexes »

- Adaptation d'un « *chronic care model* »
- Gestionnaires de cas
- Impliquant
  - Familles
  - Médecin traitant
  - Santé mentale
  - Associations
  - Pharmaciens



Source : IPCDC, 2013

# Les avantages d'un programme clinique partagé

- Comme il est basé sur les connaissances scientifiques les plus à jour, il intègre dès le départ un haut niveau de qualité et de pertinence
- Le mode d'élaboration, ville/hôpital, pose les bases de l'intégration clinique
- Le mode d'élaboration, par les cliniciens d'un territoire, sur la base de la meilleure littérature, assure l'appropriation de la démarche par les cliniciens
- Comme il est élaboré par les cliniciens eux-mêmes, il constitue un « contrat moral » entre eux, ce qui augmente l'adhésion aux protocoles
- Sa mise en œuvre peut-être suivie et le programme amélioré : les « déviations positives » sont repérées, analysés puis intégrées au programme. Les déviations « négatives » (ex. examen redondant) sont repérées et analysées



# Construire et faire fonctionner une organisation basée sur la Responsabilité populationnelle

- Disponibilité et partage de données entre acteurs et organisations pour identifier les défis et les besoins
- Segmentation de la population du territoire en populations cliniques pour permettre le bon ciblage et le bon suivi des interventions
- Partage des ressources pour permettre une certaine flexibilité et une adaptation de l'offre aux besoins
- Leadership partagé entre différents lieux et organisations
- Objectifs partagés visant à améliorer la santé et réduire les inégalités, basés sur une analyse des besoins et liés à des interventions basées sur des données probantes
- Association de la communauté du territoire et mobilisations des ressources publiques et associatives
- Paiement basé sur des résultats de santé résultant de l'interaction entre différents acteurs et organisations

Source : King's Fund, 2015

# Merci !



# La vision de l'étranger sur le parcours

**M. Claude SICOTTE,**

Professeur, chercheur, Chaire de recherche EHESP /  
MNH-BFM : Prospective en santé

# LA VISION DE L'ÉTRANGER SUR LES PARCOURS

COMMENT LA NOTION DE PARCOURS DE SOINS  
EST-ELLE CONÇUE ET APPLIQUÉE À L'ÉTRANGER ?

---

**Parcours de santé:  
Réflexions & Perspectives**  
**Conférence régionale de santé et de l'autonomie**  
**Lorient, 24 mai 2018**

Claude Sicotte

Professeur en sciences de gestion

Titulaire de la chaire EHESP / MNH-BFM *Prospective en santé*

École des hautes études en santé publique (EHESP)

# PLAN

- **Les fondements**

  - Définitions

  - Bien-fondé des parcours de soins

  - Objectifs : Coordination des soins, Intégration des soins

- **Des cas d'application**

  - Cas-types: les États-Unis & le Québec

- **Les enseignements**

# Les fondements

- Définition de parcours

Chemin, trajet pour aller d'un lieu à un autre

- Synonymes de parcours

Chemin, cheminement, circuit, direction, itinéraire, tracé, trajectoire, trajet

- Parcours de soins

Chemin, cheminement, ...

... conçu sur la base d'une logique qui définit la rationalité du chemin clinique à parcourir

# Le bien-fondé des parcours de soins

## **Logique clinique**

Bien traiter, Application de bonnes pratiques cliniques, Qualité des soins, Sécurité du patient

## **Logique managériale & économique**

Rationaliser l'utilisation et l'allocation des ressources humaines et technologiques

## **Logique patient**

Amélioration de l'expérience patient

Tendances démographiques et épidémiologiques forgeant le futur

- **Augmentation des pathologies chroniques**

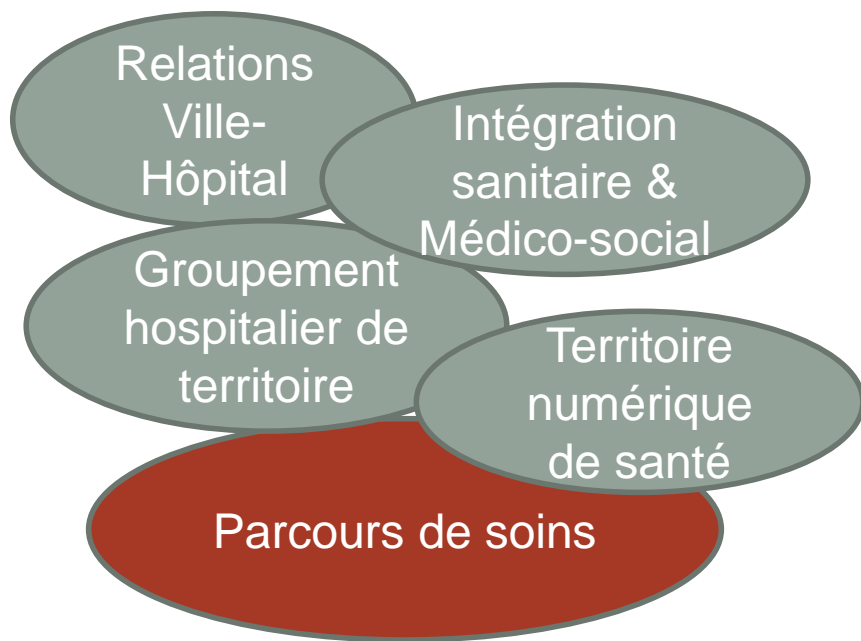
S'ajoute à la logique de soins aigus, une logique de soins au long cours  
Hausse des défis au plan de l'autonomie des personnes et du handicap

- **Fréquence croissante des situations de polypathologies**

# Parcours et intégration des soins

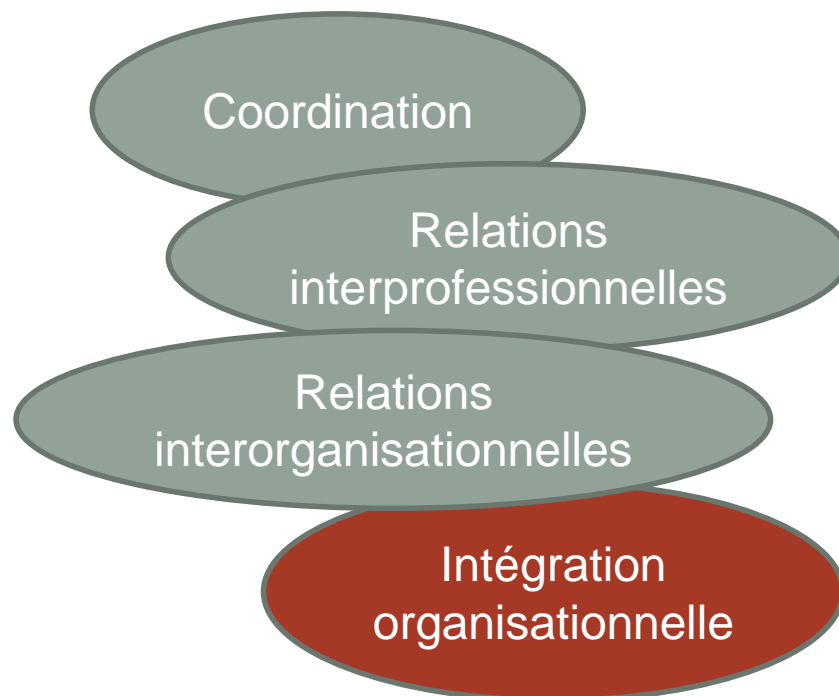
**L'intégration des soins,**  
un thème récurrent des réformes en santé, en France et ailleurs

Réformes en santé



Mécanismes  
d'intégration des soins

Sciences de gestion



Coopération entre métiers &  
établissements



# Divers mécanismes d'intégration des soins

**Les structures organisationnelles**

**Les modèles cliniques**

**La clientèle**

**L'intégration informationnelle**

**L'intégration fondée sur l'incitatif financier**

**Les parcours:  
la recherche de coopération pluri-professionnelle & inter-  
organisationnelle pour créer des réseaux intégrés de soins**

# **CAS D'APPLICATION**

# Kaiser Permanente

- **Différents groupes indépendants opérant dans différentes régions des États-Unis, chacun possédant sa propre structure de gouvernance**
- **Propriété médicale privée**
- **Intégration des soins primaires, secondaires, tertiaires**
- **Financement: Modèle d'assurance. Les individus adhèrent à un plan d'assurance et ont droit à un ensemble de soins**
- **La philosophie chez Kaiser : « Le principe d'incitation est de minimiser la quantité et le coût des soins consommés par chaque patient. Moins de soins signifie plus de profits »**
- **Accent sur la prévention, les soins de 1<sup>ère</sup> ligne. Réduction de l'hospitalisation**
- **Système d'information clinique: Dossiers patients informatisés**
  - **KP HealthConnect: un système de dossiers patients informatisés, déployé à l'échelle de l'ensemble de groupes Kaiser**
  - **Déployé à l'échelle de l'ensemble de Kaiser Permanente en 2010 suite à 6 ans de déploiement et au coût de plus de 6 milliards de dollars (US). C'était à l'époque le plus grand système civil de dossiers patients numériques**

# Cleveland Clinic (États-Unis)

- Réseau de soins intégrés. Composition:  
    **CHU – Hôpitaux – Cliniques soins 1<sup>ère</sup> ligne**
- **Stratégie centrée sur l'excellence clinique et les données probantes (Dans les classements : 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> rang avec Kaiser Permanente et Mayo Clinic)**
- **Financement: Modèle assurantiel d'une population de membres adhérant à un plan d'assurance**
- **Mobilisation des équipes cliniques autour de la qualité des soins**
- **Systeme d'information assurant le partage des données clinique à l'échelle du réseau: Systeme de dossier patient informatisé**
- **Logiciel d'intelligence d'affaires**

# Modèle de soins chroniques

(Chronic care model)

Concept: **Soins intégrés assurés par une équipe pluriprofessionnelle**

**Suivi systématique de patients**

Trois mécanismes centraux fondés sur les technologies de l'information (Dossier patient informatisé)

- **Travail en équipe pluriprofessionnelle (Accès à un dossier médical unique informatisé, plan de soins multidisciplinaire intégré, suivi systématique automatisé, ...)**
- **Aide à la décision clinique (Banque de connaissance, alertes)**
- **Autonomisation du patient (Empowerment)**

# Modèle du Domicile médical

(Patient-centered medical home model)

- **Médecine de ville**
- **Médecine virtuelle**
  - Messages e-mail sécurisés, Matériel informatif et enseignement personnalisés, Autonomisation des patients, Sommaires post-visites, ...)
- **Préparation de visites**
  - Contacts patients en pré-visite, Collectes de données en pré-visite; ...)
- **Intervention à distance (Patient outreach)**
  - Suivi continu des congés d'hospitalisation, des visites à l'urgence, des visites urgentes imprévues, ...)
- **Gestion des soins chroniques / Suivi systématique**
  - Registres électroniques, Plans de soins collaboratifs guidant le patient et l'équipe clinique, ...)

# Cas d'application: Le Québec

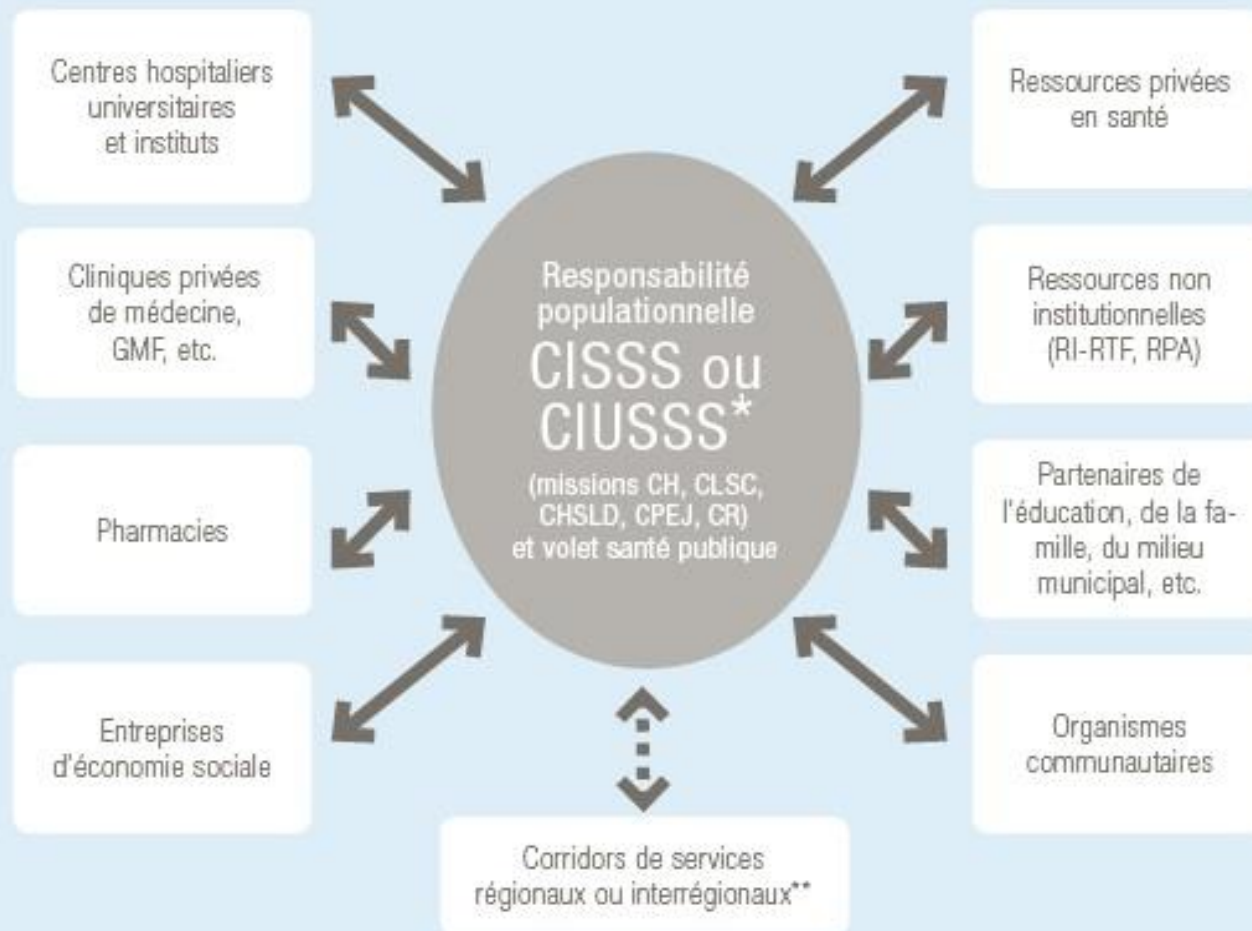
## Mécanismes d'intégration des soins

**La fusion organisationnelle tous azimuts**

**Responsabilité populationnelle**

**Réseau de partage de données cliniques à vaste échelle**

## RÉSEAU TERRITORIAL DE SERVICES (RTS)\* : UN MAILLAGE DES SERVICES AU SEIN DU CISSS OU DU CIUSSS



CISSS: Centre intégré de soins et services sociaux

CIUSSS: Centre intégré universitaire de soins et services sociaux



# Le Québec

## Premier levier d'intégration des soins: La fusion organisationnelle tous azimuts

Réforme récente (2013) tablant sur un regroupement radical des établissements de santé

**CISSS** (Centre intégré de santé et services sociaux)

Établissements uniques intégrant une vaste gamme de missions (Soins primaires, Soins aigus, Réadaptation, Santé mentale, Soins prolongés, Hébergement (EPHAD), Jeunesse)

Responsabilité populationnelle / territoriale

Plusieurs points de service répartis sur un territoire

Une équipe de direction unique (Directeur général, Directeur médical, Directeur des soins infirmiers, des finances)

Une structure par programme (transversale) favorisant les parcours de soins (prévention/soins aigus/réadaptation/soins au long cours)

Financement: Budget global / Enveloppes financières par programme

# Le Québec:

## Deuxième & troisième leviers d'intégration des soins

### Deuxième levier d'intégration: la responsabilité populationnelle

Concept de responsabilité populationnelle: responsabilité au-delà de la clientèle desservie (celle qui vient chercher des soins) afin de couvrir l'ensemble des besoins de santé de la population

Axe fort de la réforme précédente (Année 2003), moins présent avec la récente réforme

### Troisième levier d'intégration: le partage des données en réseau

**Création du DSQ (Réseau intégré d'échanges de données cliniques)**

Réseau incluant établissements publics & privés, médecins & pharmaciens de ville



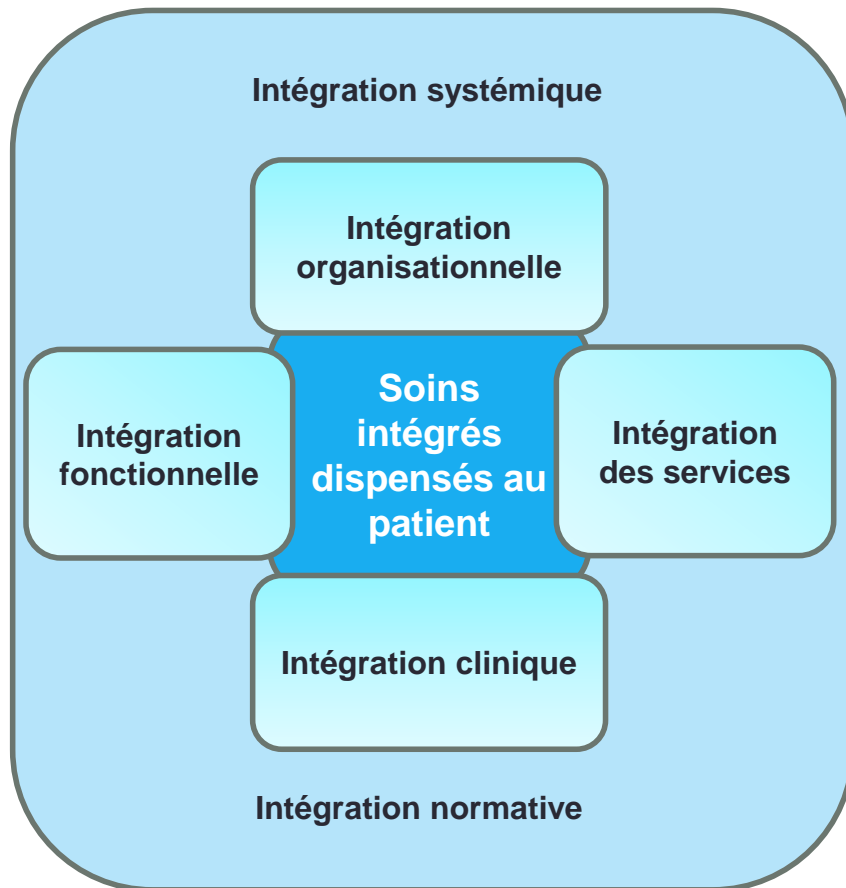


# Le DSQ: un réseau de partage informationnel à l'échelle du système de santé

- Trois domaines: Médicaments, Laboratoires, Imagerie médicale
- Accent soins primaires: Cliniques médicales, Pharmacies de ville
- Accès à tous les professionnels (Médecin, Infirmière, Pharmacien, ...)
- Tous les citoyens bénéficient d'un dossier médical dans le DSQ
- Logiciels homologués (cliniques médicales, pharmacies, établissements publics)
- Dépôts de données régionaux et centralisés.

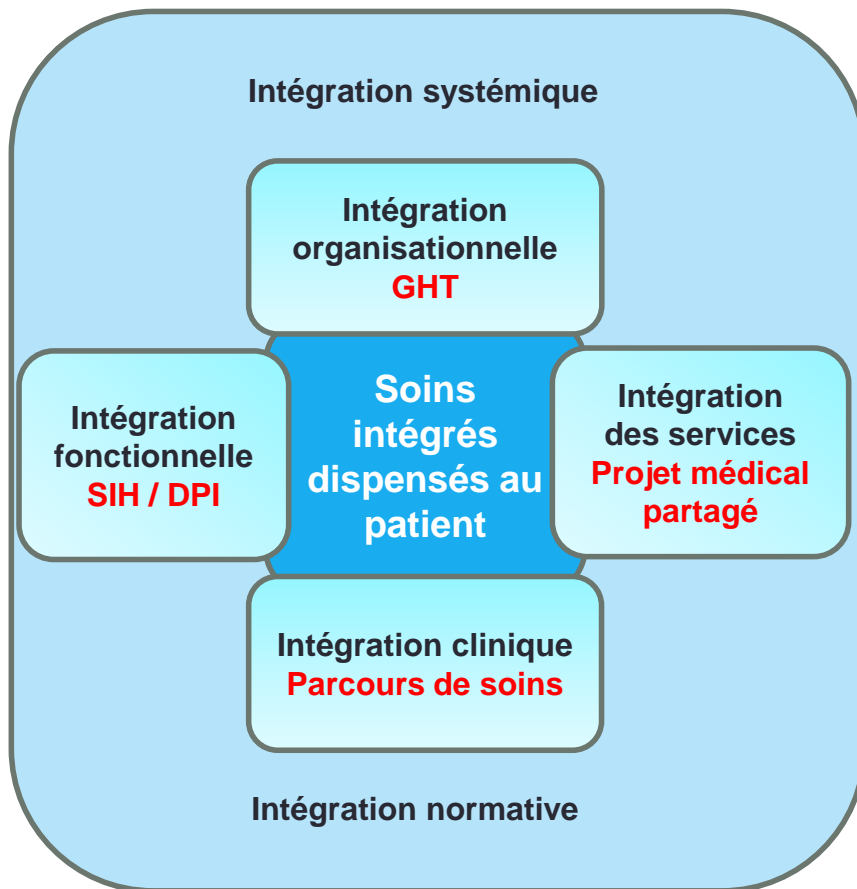


# Typologie de l'intégration des soins



- **Intégration organisationnelle** où des organisations collaborent ensemble par fusions ou par la voie de réseaux, de contrats
- **Intégration fonctionnelle** où sont intégrés des services non-cliniques et des fonctions de back-office (ex. Dossiers patients informatisés)
- **Intégration des services** où sont intégrés au niveau organisationnel des services cliniques comme les équipes multi-disciplinaires
- **Intégration clinique** où les soins donnés aux patients par les professionnels sont intégrés en un seul processus cohérent comme l'utilisation de guides de pratique ou protocoles communs
- **Intégration normative** où un éthos de valeurs partagées et communes permet la confiance et la collaboration dans la prestation des soins
- **Intégration systémique** où il y a une cohérence de politiques et de règles à tous les niveaux organisationnels parfois nommé un système intégré de soins

# Typologie de l'intégration des soins



- **Intégration organisationnelle** où des organisations collaborent ensemble par fusions ou par la voie de réseaux, de contrats ... **Les GHT**
- **Intégration fonctionnelle** où sont intégrés des services non-cliniques et des fonctions de back-office ... **le schéma directeur des systèmes d'information unique et partagé, DIM territorial**
- **Intégration des services** où sont intégrés au niveau organisationnel des services cliniques comme les équipes multi-disciplinaires
- **Intégration clinique** où les soins donnés aux patients par les professionnels sont intégrés en un seul processus cohérent comme l'utilisation de guides de pratique ou protocoles communs
- **Intégration normative** où un éthos de valeurs partagées et communes permet la confiance et la collaboration dans la prestation des soins
- **Intégration systémique** où il y a une cohérence de politiques et de règles à tous les niveaux organisationnels parfois nommé un système intégré de soins

# Conclusion: les enseignements

L'intégration des soins peut être mise en place de diverses manières

**Structure organisationnelle unifiée**

**Kaiser Permanente, Cleveland Clinic, CISSS (Québec)**

**Logique clinique**

**Modèle de soins chroniques  
Domicile médical**

**Responsabilité populationnelle,  
territoriale une clientèle**

**Kaiser Permanente, Cleveland Clinic, CISSS (Québec), Modèle de soins chroniques, Domicile médical**

**Système d'information / Partage  
des données cliniques**

**Kaiser Permanente, Cleveland Clinic, CISSS (Québec), Modèle de soins chroniques, Domicile médical**

**Incitation financière**

**Kaiser Permanente, Cleveland Clinic**

# Bibliographie

- Curry N, Ham C (2010). ***Clinical and service integration. The route to improved outcomes.*** The King's Fund.
- Fulop N, Mowlem A, Edwards N (2005). ***Building Integrated Care: Lessons from the UK and elsewhere.*** London: The NHS Confederation.
- Lewis RQ, Rosen R, Goodwin N, Dixon J (2010). ***Where Next for Integrated Care Organisations in the English NHS?*** London: The Nuffield Trust.





# Echanges et réflexions



# Synthèse

**Dr. Dominique BURONFOSSE,**

**Président de la CSOS, CRSA Bretagne**



# Conclusion

**M. Olivier de CADEVILLE,**

**Directeur Général de l'ARS Bretagne**