

Qu'est-ce qu'une organisation des soins pertinente ?

Olivier Saint Jean
Hôpital Européen Georges Pompidou
Université Paris Descartes

Pourquoi parler d'organisation des soins ?

L'essoufflement des modèles de pensée médicale



Une évolution de la morbidité

- De la pathologie aiguë vers les maladies chroniques, intriquées et invalidantes (ex: insuffisance cardiaque)
- De la morbidité « pasteurienne » vers la fragilité et la morbidité en gradient

Une connaissance imparfaite des déterminants d'état de santé

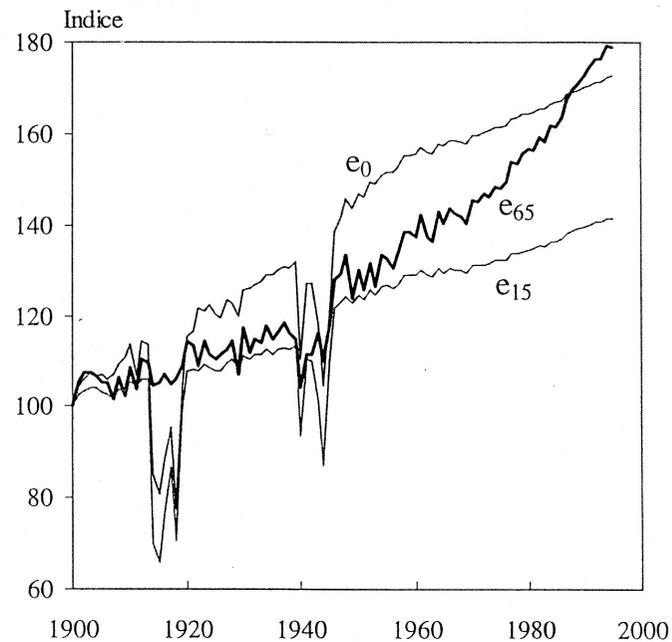


Figure 1. Évolution relative des espérances de vie à la naissance, à 15 ans et à 65 ans, depuis le début du siècle (base 100 en 1900)

Une connaissance imparfaite des déterminants d'état de santé

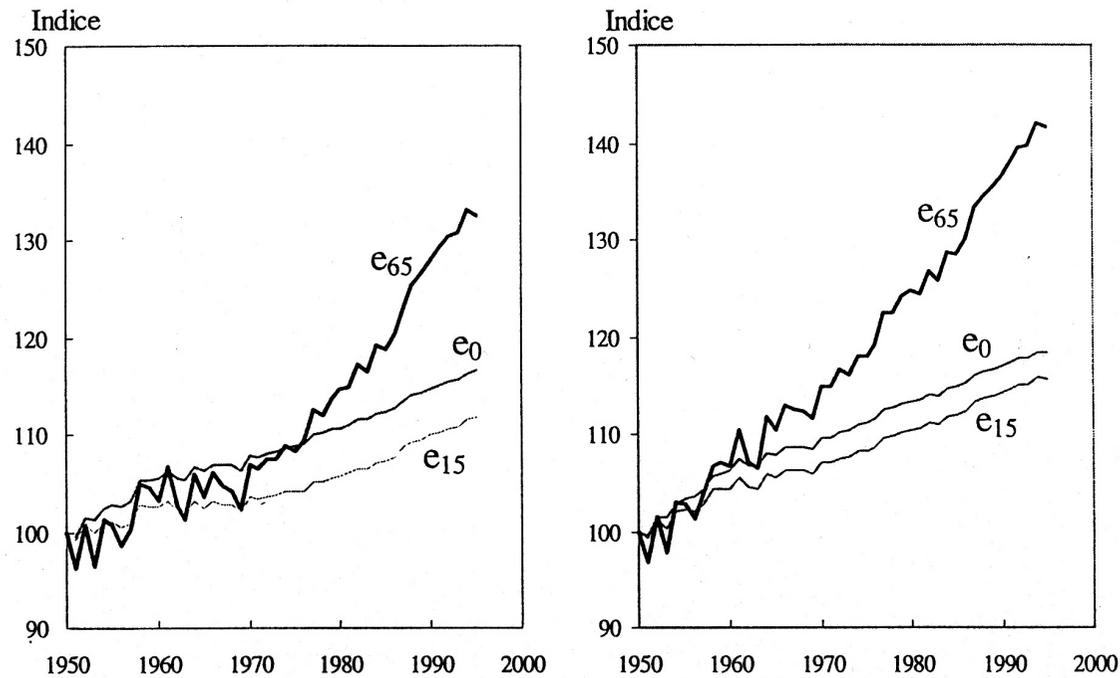


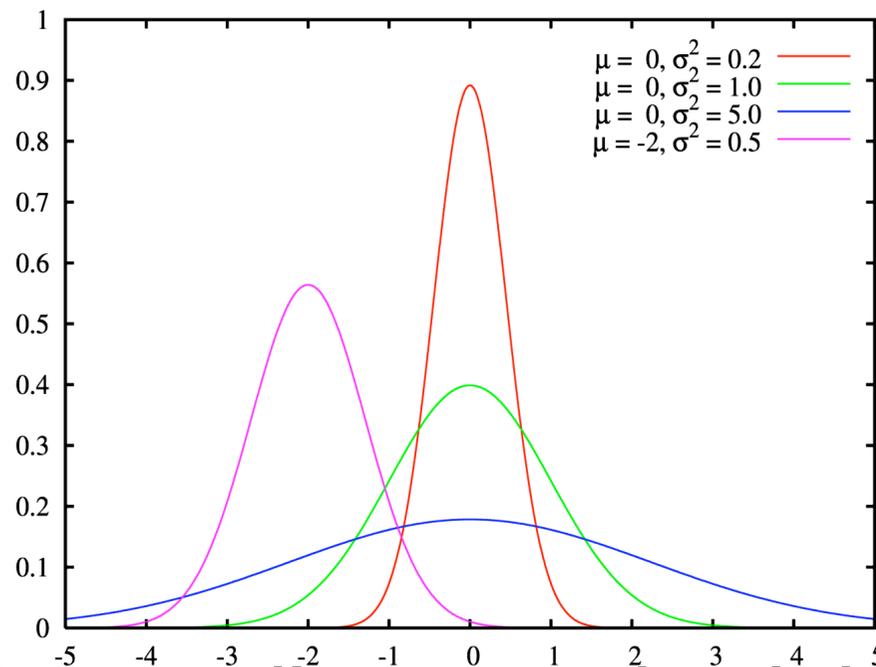
Figure 2. Évolution relative des espérances de vie à la naissance, à 15 ans et à 65 ans, depuis 1950, selon le sexe (base 100 en 1950)



L'essoufflement du médicament

- Aucune molécule « bouleversante » depuis le début des années 80 (sauf antirétroviraux)
- Une prolifération de copies décrites comme autant de « nouveautés »
- Des nouveautés réelles sur ces cibles de plus en plus étroites (anticancéreux)

Le résultat en santé



- Améliorer par l'augmentation de la « moyenne »
- Améliorer par la réduction de la « variance » des prises en charge

Les modèles d'organisation de soins



Définitions (L Demers)

- **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* »



Les différents modèles

- Le modèle libéral, dit modèle « *bizounours du Conseil de l'Ordre* »
- Des modèles à degré croissant d'intégration
 - La liaison
 - La coordination
 - L'intégration complète



La liaison

- Niveau le plus faible d'intégration
- Repose sur des protocoles de collaboration ou de transfert de compétence
- Les organisations demeurent indépendantes sur le plan opérationnel et dans leur relation avec leur tutelle
- Ex : les CLIC



Intégration complète

- Niveau le plus élevé
- L'organisme fournit à ses usagers le continuum de services dont ils ont besoin
- En fourniture directe ou par contrat avec des prestataires extérieurs
- Ex : On-lok, PACE, SIPA, Rovereto, réseaux gérontologiques français (modèle revendiqué)

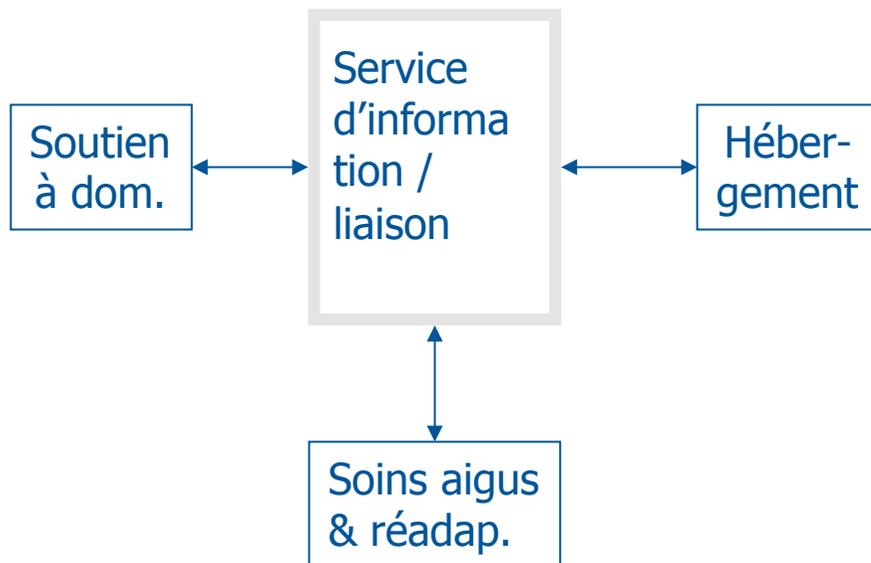


La coordination

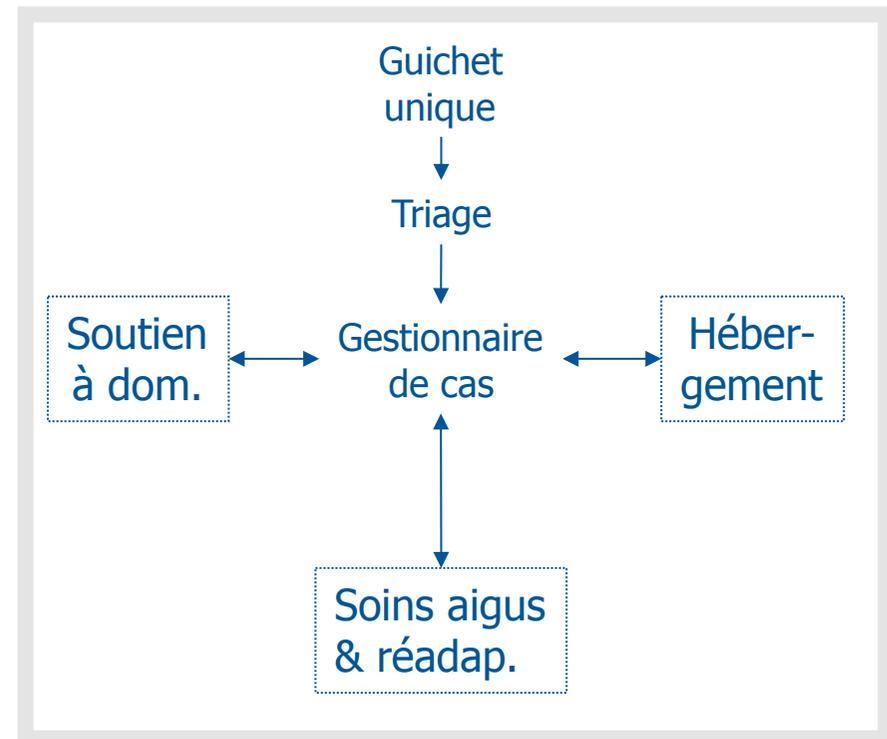
- Modèle intermédiaire
- Les organisations mettent en place des mécanismes palliant les discontinuités intra et inter-organisations
- Mutualisation de certaines compétences et prérogatives
- Conséquences : déplacement des frontières d'action
- Ex : certaines S/HMO (Kaiser Permanente), Prisma

Comparaison des types d'intégration

Liaison multilatérale (CLIC)

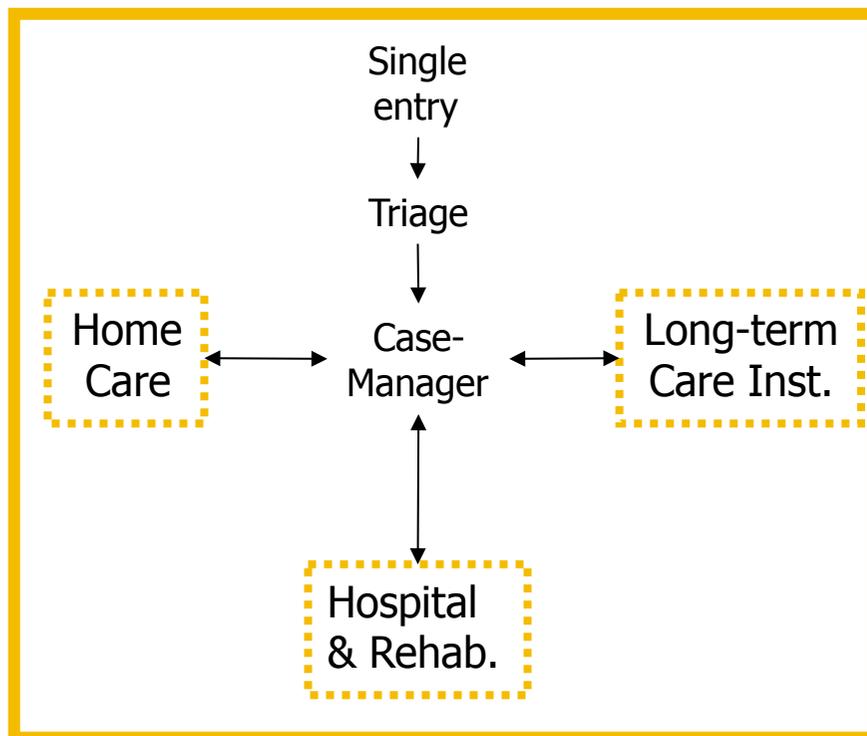


Co-ordination (PRISMA)

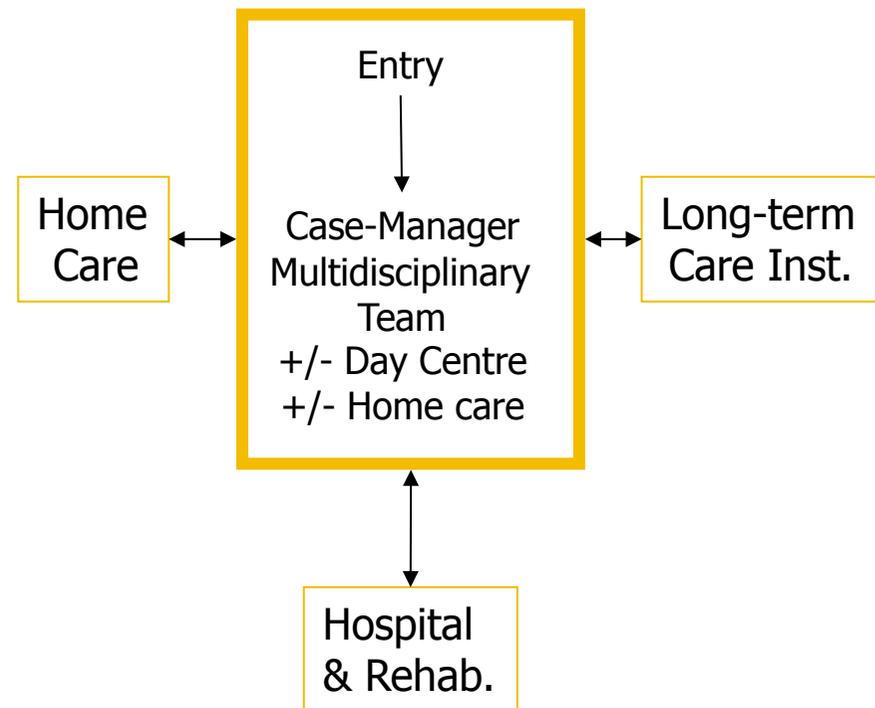


Plusieurs approches de l'intégration

Co-ordination (PRISMA)



Modèle intégré niché (SIPA, PACE, CHOICE)



Bénéfices de l'intégration

- OnLok (US) : amélioration de l'autonomie, meilleur accès aux soins spécialisés, moindre institutionnalisation, diminution des coûts per capita (21%) et répartition vers les services
- PACE (US) : moindre utilisation des spécialistes, utilisation moindre de l'hôpital à handicap constant, diminution des coûts (5-15%), utilisation plus appropriée des médicaments
- S/HMO : utilisation 3,5 fois moindre des lits d'aigus pour 11 pathologies fréquentes (AVC, Insuffisance respiratoire), meilleur respect des règles de bonnes pratiques
- Rovereto (Italie) : réduction de l'utilisation de l'hôpital et de l'institutionnalisation, amélioration de l'autonomie, diminution des coûts (29%)

Les démarches pro-actives

*Du managed care au disease
management*



L'enjeu de la guidance

- Le malade chronique devient un acteur de sa propre maladie et du travail médical nécessaire à sa gestion
- Interventions auprès des malades porteurs de maladies chroniques qui visent à leur permettre de mieux prendre en charge leur maladie dans la perspective d'une amélioration de l'état de santé, de leur qualité de vie, d'éviter les complications et les hospitalisations injustifiées



Les objectifs du managed care

- Intégrer la délivrance des soins sous la supervision de l'organisme assureur, pour l'ensemble du dispositif de santé
- Décisions en santé contrôlées et protocolisées
- En pratique (USA) contraintes, avec une finalité mixte (qualitative et économique)
- Efficacité ambiguë et rejet de la part des usagers et des professionnels

Les objectifs du disease management

- Ciblage sur les patients les plus coûteux, fragiles, notamment ceux porteurs des maladies chroniques
- Identification d'un acteur de guidance (*disease manager*) porteur de missions
 - Éducation thérapeutique
 - Soutien à la motivation
 - Coordination de soins
 - Suivi et alerte
- Hypothèse centrale : utilisation pertinente de l'offre, avec en retour
 - Meilleure qualité de prise en charge
 - Maîtrise des coûts
 - Amélioration de la qualité de vie



Les contours d'une organisation des soins pertinente

- Adaptée à la chronicité des morbidités et au handicap
- Inscrite dans une logique de guidance
- Appuyée sur un référentiel de bonnes pratiques et de critères de pertinence
- Capable, de manière démontrée, d'améliorer les paramètres individuels et collectifs de santé

Alzheimer : un bon terrain
d'application d'une organisation des
soins pertinente



L'échec du traitement médicamenteux sur les fonctions cognitives

	ADAS –Cog Différence moyenne entre groupe *	IC 95 %
DONEPEZIL	2,8	2,10 – 3,74
GALANTAMINE	3,1	2,3 – 3,7
RIVASTIGMINE	2,09	1,54 – 2,65
ENSEMBLE	2,7	2,3 – 3,0

* Dose la plus élevée

Birks J, Harvey RJ. Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD001190. DOI: 10.1002/14651858.CD001190.pub2.

Loy C, Schneider L. Galantamine for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD001747. DOI: 10.1002/14651858.CD001747.pub3.

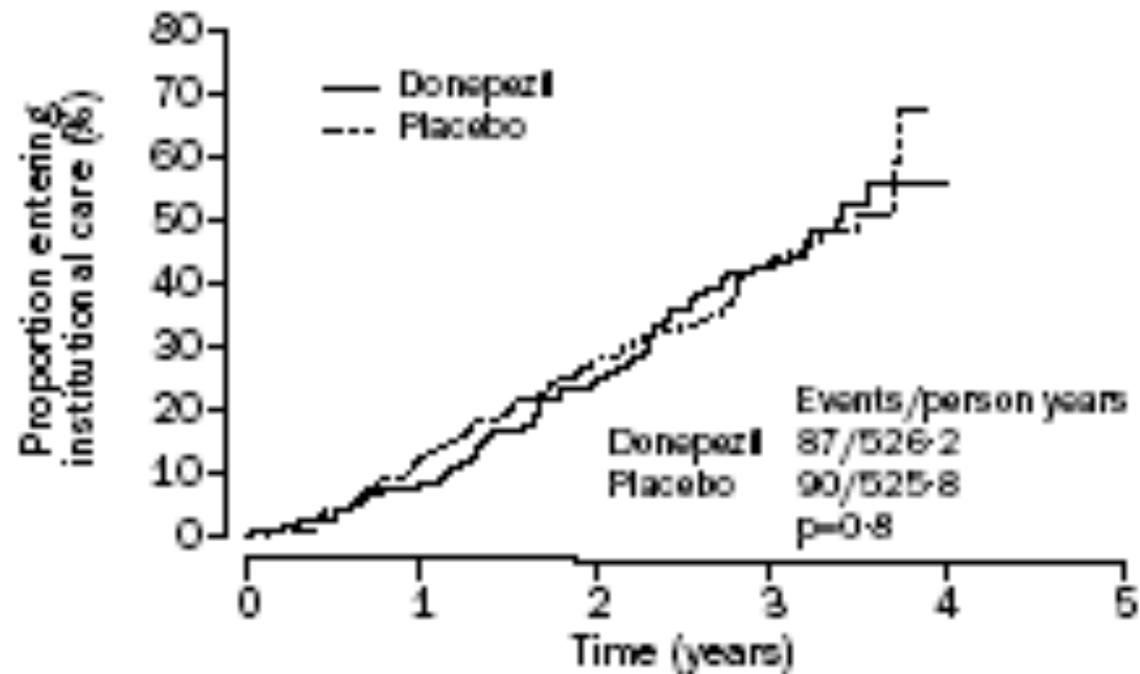
Birks J, Grimley Evans J, Iakovidou V, Tsolaki M. Rivastigmine for Alzheimer's disease.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD001191. DOI: 10.1002/14651858.CD001191.

Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD005593. DOI: 10.1002/14651858.CD005593.

L'échec du traitement médicamenteux sur l'entrée en institution



Number at risk	
Donepezil	282 212 134 57 1
Placebo	283 209 135 60 0

Figure 2: Entry to institutional care

Des perspectives plutôt sombres

- Pas de différenciation pertinente des prises en charge suivant l'étiologie du déclin cognitif
- Pas de schéma physiopathologique indiscuté
- Bon exemple de la crise des modèles médicaux classiques
 - Maladie chronique du parcours de vie et de la fragilité psychosociale
 - Très faible probabilité d'un progrès en « niche »

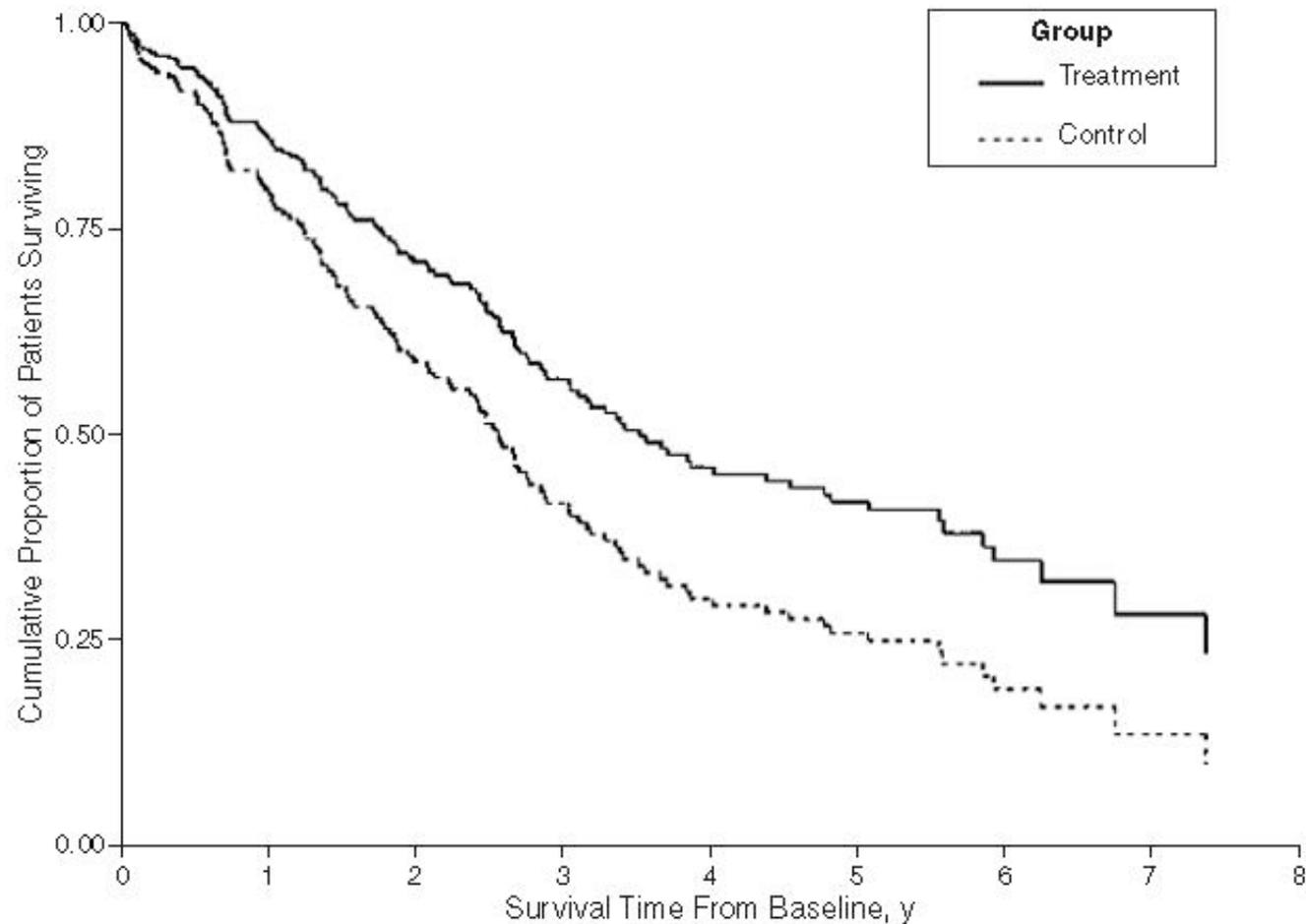
Les soins et aides aux Alzheimer

- Fragmentation des soins et services
- Cloisonnement des financements et des prérogatives entre les secteurs sanitaire, social et médico-social
- Hétérogénéité des initiatives locales et disparité de l'offre
- Manque de temps des médecins généralistes

→ Conséquences

- Évaluation et services offerts dépendants du point d'accueil sollicité
- Non équité dans l'attribution des services
- Délais plus ou moins longs d'obtention des prestations
- Utilisation non pertinentes de ressources rares et/ou coûteuses (redondances des évaluations, répétition d'examens, appels aux urgences, *etc.*)

Impact sur l'institutionnalisation d'un programme d'assistance aux aidants



Expériences de disease management dans la maladie d'Alzheimer

1. Callahan CM et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. JAMA. 2006
 2. Vickrey BG et al. The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial. Ann Intern Med. 2006
 3. Fox P et al. Lessons learned from the Medicare Alzheimer Disease Demonstration. Alzheimer Dis Assoc Disord 2000; 14: 87-93.
 4. Schraeder C et al. The effects of a collaborative model of primary care on the mortality and hospital use of community-dwelling older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56: M106-12.
 5. Counsell SR et al. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. Jama 2007; 298: 2623-33.
- Impact sur
 - Respect des bonnes pratiques
 - Maîtrise des troubles comportementaux
 - Confort de vie des aidants
 - Meilleure utilisation des systèmes de soins et d'aide
 - Adaptation à la fragmentation française impossible sans intégration (des organisations comme des acteurs cliniques)

Des critères de pertinence d'un disease management dans l'Alzheimer





La définition de la pertinence

- *Adéquation des soins aux besoins des patients*
- Porte sur
 - Indication
 - Initiation
 - Poursuite du soin
- Repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés
- *Si le(s) critère(s) est présent, l'organisation est pertinente*



Critères de pertinence d'une organisation intégrée

1. Concertation des partenaires
2. Porte d'entrée unique
3. Gestion par cas
4. Outil unique d'évaluation
5. Plan de services individualisé
6. Système d'information partagé

Critères de pertinence de disease management dans l'Alzheimer (SOMME D et al)

Chaque gestionnaire de cas	Vickrey et coll	Callahan et coll	Fox et coll		Schraeder et coll	Counsell et coll
			prog intensif	prog non intensif		
1) intervient auprès de < 60 personnes (charge en cas)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
2) passe au moins 50% de son temps en face à face avec les personnes		<input checked="" type="checkbox"/>				
3) réalise en personne l'évaluation initiale d'éligibilité	<input checked="" type="checkbox"/>					
4) communique en personne avec le médecin de première ligne (et son équipe)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5) organise des réunions d'équipe multidisciplinaire						<input checked="" type="checkbox"/>
6) met en place les services offerts par l'organisation qui l'emploie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
7) met en place les services que la personne paye directement		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
8) met en place les services qu'une autre organisation doit payer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
9) aide la personne dans les décisions en rapport avec les soins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10) aide la personne dans l'expression des décisions avancées	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>
11) participe à l'éducation de la personne concernant les problèmes de santé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
12) fournit des conseils aux personnes (champ social)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13) fournit des conseils aux familles (id)	<input checked="" type="checkbox"/>					
14) rencontre régulièrement la personne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15) monitore la situation de la personne en faisant des visites à domicile	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16) monitore la situation de la personne en la faisant venir à une consultation					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17) travaille avec les personnes qui entrent en institution						<input checked="" type="checkbox"/>
18) travaille avec les personnes durant leur séjour à l'hôpital						<input checked="" type="checkbox"/>
Nombre de critères (/18)	12	14	5	2	8	14

Les devises Shadok



AVEC UN ESCALIER PRÉVU
POUR LA MONTÉE ON REUSSIT
SOUVENT À MONTER PLUS BAS
QU'ON NE SERAIT DESCENDU AVEC UN
ESCALIER PRÉVU POUR LA DESCENTE.