

PRISMA France Niveau de preuves de l'intégration
--

A) 3 niveaux d'intégration

L'intégration se définit comme « un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'information, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement et de soin, les prestataires de services et de soins et les secteurs administratifs ou financeurs » [1].

Les 3 niveaux d'intégration : liaison ; co-ordination ; et intégration complète [2].

La liaison correspond au niveau le plus faible de l'intégration : il s'agit pour les organisations de définir des protocoles de transferts de compétence ou de collaboration pour répondre au besoin des personnes. Toutes les organisations demeurent indépendantes sur le plan opérationnel et dans leur relation à leur hiérarchie ou tutelle. Il s'agit en fait du système mis en place par les CLICs en France.

L'intégration complète est un modèle niché : une organisation fournit à ses usagers le continuum de services dont ils auront besoin en contractant éventuellement certains de ceux-ci avec des prestataires extérieurs. Ce modèle est notamment représenté par le projet On-lok en Californie qui fut répliqué par la suite au niveau de plusieurs états des USA dans le projet PACE [3]. Ce modèle d'intégration niché a également inspiré le projet SIPA [4]. D'autres expérimentations s'en rapprochent comme l'organisation des soins intégrés en Italie (Rovereto) [5] et au Royaume Uni (Darlington) [6]. En France, ce modèle a été fréquemment utilisé comme référence par les réseaux de soins gérontologiques, avec un succès variable et dépendant fortement du leader.

La co-ordination est un modèle imbriqué au système de soins et services d'un territoire et vise à en modifier de façon durable le fonctionnement. Il est mis en place des mécanismes pour trouver des solutions aux problèmes de discontinuité à l'intérieur et entre les organisations. Par un travail commun, ces organisations cherchent à mutualiser leurs compétences respectives, déplaçant ainsi les frontières des différents champs d'action sanitaires et sociaux. C'est à l'ensemble des partenaires de trouver une solution adéquate aux besoins de chaque personne de la population ciblée. Pour la personne prise en charge, le représentant de ce dispositif est le gestionnaire de cas dont le rôle est central. **C'est le niveau d'intégration que se propose d'implanter PRISMA France**

B) Niveau de preuve de l'intégration de type co-ordination

Systèmes de type S/HMO aux Etats-Unis (Kaiser Permanente) depuis 1985.

Comparaison Kaiser Permanente et système de soins national britannique (NHS) :

- Utilisation 3.5 fois moindre des lits d'aigus pour 11 pathologies fréquentes tels que l'AVC ou l'insuffisance respiratoire, par recours rapide à des ressources alternatives [7].
- Amélioration de l'adhésion aux « bonnes pratiques cliniques » sur 6 ans (1996-2002)
 - taux de patient ayant une coronaropathie et recevant des bêtabloquants passe de 44% à 76%
 - celui des patients ayant une insuffisance cardiaque recevant un inhibiteur de l'enzyme de conversion augmente de 14%
 - l'utilisation de corticoïdes inhalés chez les patients asthmatiques, augmente de 13%
 - le contrôle de la PA chez les patients atteints de coronaropathie augmente de 10%, etc... [8].
- Diminution des recours en urgence sur 6 ans (1996-2002) (-15% pour les visites aux urgences des patients atteints de maladie coronaires, -11% pour ceux atteints d'insuffisance cardiaque, -18% pour ceux atteints de diabète, -25% pour ceux atteints d'asthme) [8].



Un projet de démonstration en Mauricie-Centre du Québec appelée « Bois-Francs » depuis 1995. Comparaison de 2 cohortes : dans les zones d'étude où un système de type co-ordination était implanté (n=272) et dans des zones de comparaison (n=210). Evaluation et suivi annuel pendant 3 ans [9].

- Diminution du taux d'entrée en institution sur 3 ans (taux de personne institutionnalisés : 33% dans le groupe expérimental versus 44% dans le groupe témoin, p Log-Rank=0,01).
- Diminution du score médian du fardeau de Zarit dans le groupe expérimental passant de 17,5 à 13 en 1 an stable par la suite alors qu'il augmente de 19 à 21,5 en 1 an dans le groupe témoin (p=0,05).
- Moindre recours aux urgences surtout durant les premières années, sans effet notable sur l'utilisation de l'hôpital ou les réadmissions, plus grand recours au médecin généraliste) [9].

Etude PRISMA au Québec depuis 1998

Le groupe PRISMA a mis en place une étude de réplication et d'impact d'un modèle d'intégration de type co-ordination. Pour mesurer l'implantation, on a utilisé des méthodes qualitatives [10].

- Le modèle est reproductible avec un taux d'implantation dépassant 70 dans toutes les zones

L'impact a été mesuré par une étude de cohorte contrôlée. Le modèle d'intégration PRISMA était proposé dans 3 zones expérimentales. On a choisi par ailleurs 3 zones témoins ayant une structure socio-sanitaire comparable. Dans chaque zone un échantillon aléatoire de personnes a été sélectionné sur les listes de l'assurance maladie. Après une présélection par questionnaire postal des plus fragiles, une évaluation était réalisée au domicile de la personne, le suivi était effectué par téléphone tous les 2 mois et en personne tous les 6 mois.

- Réduction de 7% du critère composite déclin fonctionnel, décès ou institutionnalisation [11] dépendant d'un « effet-seuil » autour de 70% d'implantation du modèle (p=0,03).
- Evolution différente du recours aux urgences : Stabilité du recours aux urgences (p=0,35 pour l'évolution) et des hospitalisations (p=0,7) dans les zones expérimentales, alors qu'il augmente de façon significative dans les zones témoins (p<0,001 et p=0.03 respectivement).
- Augmentation significative de la satisfaction face aux soins et services de santé (vis à vis des prestations, p<0,001; de l'organisation, p<0,001 et globalement, p<0,001) sans effet seuil mais plutôt un "effet-dose" dans la mesure où plus le modèle est implanté, plus la satisfaction croît dans chacune des dimensions [12].

Bibliographie

1. Kodner DL, Kyriacou CK: **Fully integrated care for frail elderly: two American models.** *Int J Integr Care* 2000, 1:e08.
2. Leutz WN: **Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom.** *Milbank Q* 1999, 77(1):77-110, iv-v.
3. Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N: **Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing.** *J Am Geriatr Soc* 1997, 45(2):223-232.
4. Beland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, Dallaire L: **A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial.** *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006, 61(4):367-373.
5. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P: **Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community.** *Bmj* 1998, 316(7141):1348-1351.
6. Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K: **An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: II. Costs and effectiveness.** *Age Ageing* 1991, 20(4):245-254.
7. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R: **Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data.** *Bmj* 2003, 327(7426):1257.
8. Fireman B, Bartlett J, Selby J: **Can disease management reduce health care costs by improving quality?** *Health Aff (Millwood)* 2004, 23(6):63-75.
9. Tourigny A, Durand PJ, Bonin L, Hébert R, Rochette L: **Evaluation de l'efficacité d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées vulnérables.** In: *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes.* Edited by Hébert R, Tourigny A, Gagnon M. Québec (QC): EDISEM; 2004: 57-78.
10. Hébert R, Veil A: **Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system.** *Int J Integr Care* 2004, 4:e05.
11. Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A: **PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada.** *Int J Integr Care* 2003, 3:e08.
12. Hébert R, Raïche M: **Résultats de l'étude d'impact de PRISMA-Estrie.** In: *4e Colloque PRISMA: L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action: 2006; Sherbrooke, (QC), Canada:* Centre d'expertise en Santé de Sherbrooke; 2006.