

Webinaire du 13 juin 2023

Les professionnels de santé et du social face à la complexité



MAIA

L'intégration des acteurs
pour l'autonomie
des personnes âgées

l'anap

agence nationale
de la performance sanitaire
et médico-sociale



EHESP



SciencesPo

**CENTRE DE SOCIOLOGIE
DES ORGANISATIONS**

cnrs

Introduction

Marie-Aline Bloch,

Professeur honoraire à l'École des hautes études en santé publique,
UMR CNRS 6051 ARENES

Invitées

Jeanne Casal,

Responsable du service social d'un centre hospitalier

et **Lucie Chéron,**

Responsable de service dans une association tutélaire,

Anciennes pilotes MAIA* en Maine-et-Loire et co-autrices du rapport de recherche

Alina Morgoci, Chargée de projet parcours en santé,

et **Caroline Massot,** responsable de la stratégie évaluation,

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

Animation et modération

Léonie Hénaut,

Chargée de recherche CNRS au Centre de sociologie des organisations

* Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins
dans le champ de l'autonomie



Des appellations diverses pour des réalités distinctes mais présentant des points communs

- Handicaps rares (à partir des années 90)
- Les jeunes dits « incasables » (cf. JY Barreyre en 2008)
- Les situations bénéficiant de la gestion de cas MAIA (>2009)
- Les situations critiques, « sans solution » (cf. 2014, D. Piveteau et al.)
- Parcours de santé complexe / Situation complexe (depuis 2016)
-

Accès à la gestion de cas défini très précisément

(circulaire du plan Maladies neurodégénératives 2015)

Une personne peut bénéficier d'un gestionnaire de cas *si les 3 critères suivants sont présents (1 propre à la personne et 2 à son environnement) :*

1- Critère 1 validé si : *Si l'un des trois problèmes est absent, la situation ne relève pas de la gestion de cas. Si les trois problèmes sont présents, le critère est validé*

Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison de :

a. problème d'autonomie fonctionnelle (AVQ et/ou AIVQ)

b. et problème relevant du champ médical

c. et problème d'autonomie décisionnelle

Autonomie décisionnelle : altération du processus décisionnel avec pour conséquences des difficultés de gestion administrative et financière, de protection de soi et de sécurité affective et matérielle, d'élaboration d'un projet de vie, d'expression de ses souhaits, aspirations et besoins.

2- Critère 2 validé si : **Aides et soins insuffisants ou inadaptés**

3- Critère 3 validé si : **Pas de personne ressource ni d'entourage proche** en mesure de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins. La personne ressource n'est pas un professionnel

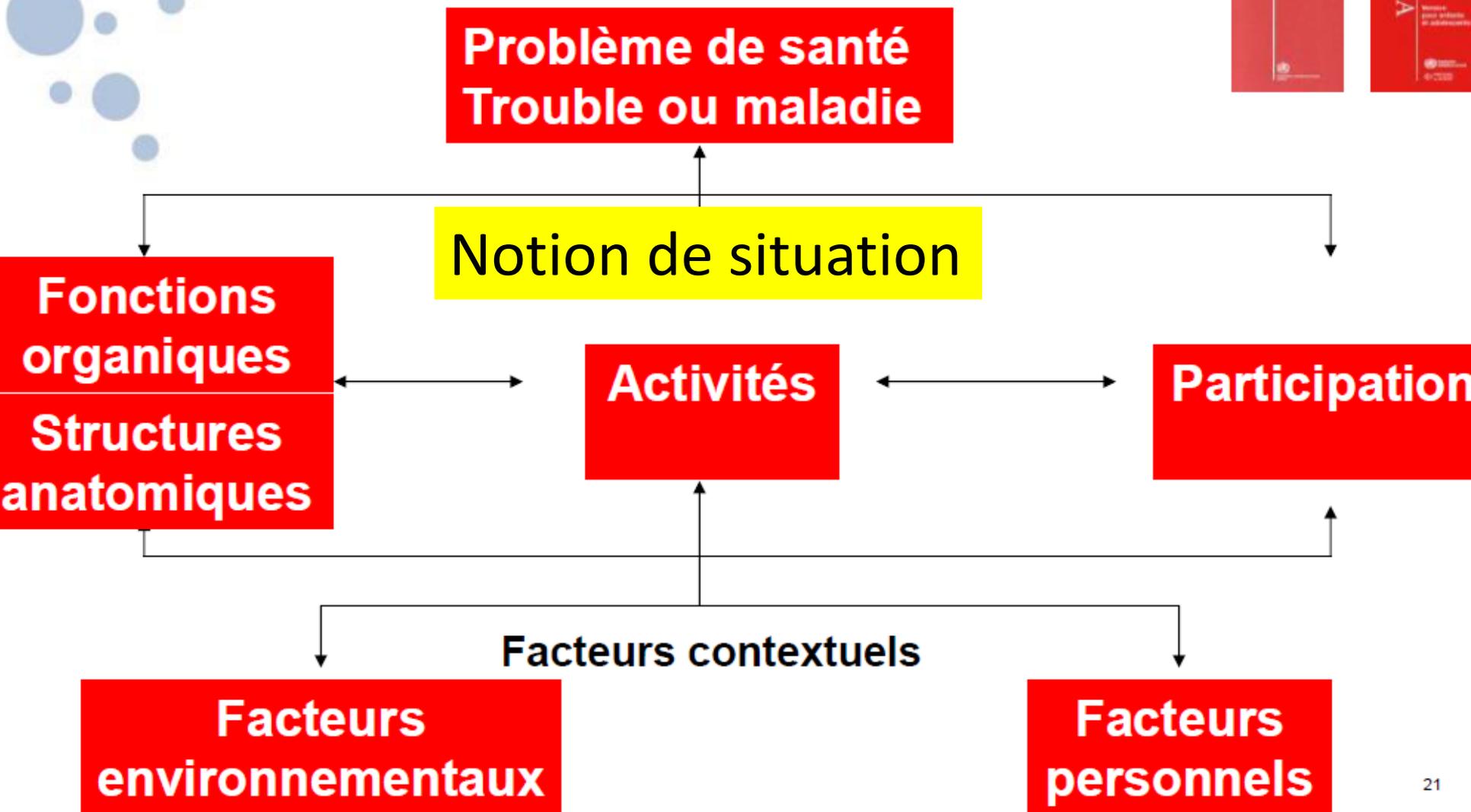


Définition plus floue pour le Parcours de santé dit complexe

Article 74 de la loi MSS 2016-41 du 26 janvier 2016 : « *le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux* ».

Art. L. 6327-1. (Loi OTSS du juillet 2019) – *Les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux et, le cas échéant, les structures qui les emploient peuvent solliciter un appui à la coordination des parcours de santé qu'ils estiment complexes afin d'améliorer le service rendu à la population et de concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1*

Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (C.I.F., OMS, 2001 & C.I.F.-E.A., 2008)



Pour Thietart*, la complexité se définit ainsi par la **variété des éléments** composant un **système** et par les **interactions** entre ces derniers. Elle tient aussi au fait que, dans un système richement organisé, on observe une part d'**incertitude**, tenant soit aux **limites de notre connaissance**, soit aux caractéristiques du **phénomène observé**.

**Thietart, R.A., 2000, Management et complexité, concepts et théories, centre de recherche DMSP, cahier n°282*

Une complexité évolutive– L'exemple de Monsieur X *d'après la thèse d'Isabelle d'Aubert*

Quelques moments importants du parcours de M. X

Situation n°1 :

AIT

Adressage par
le MT
Prise en charge
codifiée
Coordination par
le patient

Situation n°2 : AVC

PEC multi-acteurs et
codifiée
Coordination par son
épouse (aidante)

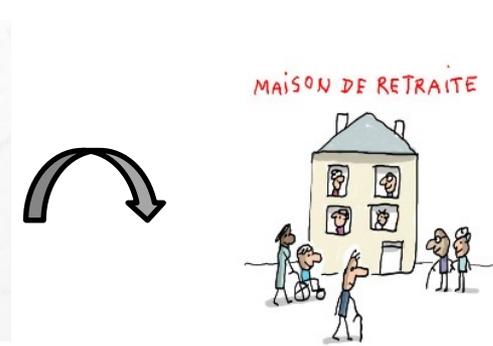
Situation n°3 :

apparition de troubles cognitifs

Intensification des
aides au domicile et AJ
Coordination par le
CLIC

Situation n°4 : aggravation des troubles et dégradation de l'état de santé de Mme X

Adaptation de la PEC au
domicile et préparation du
passage en EHPAD
Accompagnement de la
dyade aidé/aidant
Coordination par le DAC

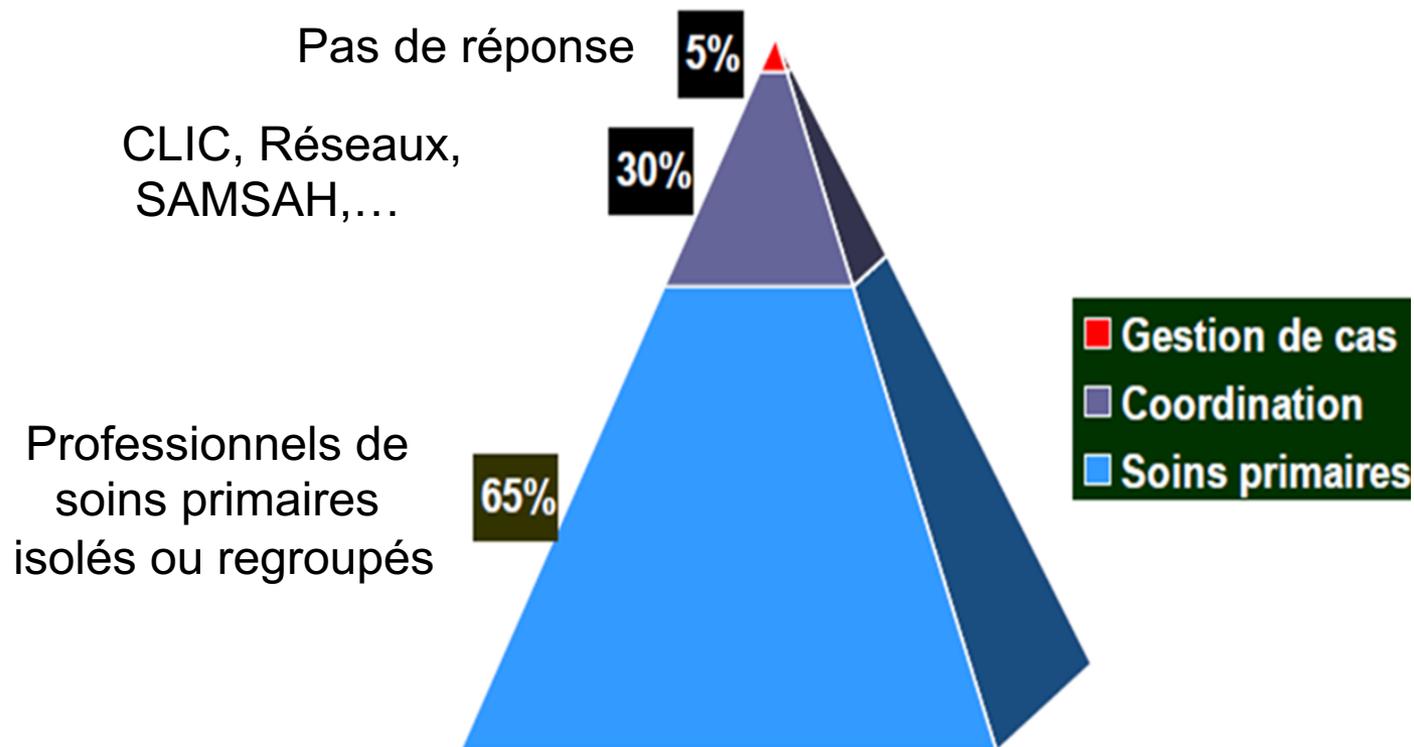


**Un parcours singulier et banal à la fois, et
de plus en plus complexe, nécessitant des
types d'organisation différents à chaque
stade**



Cinq grandes évolutions

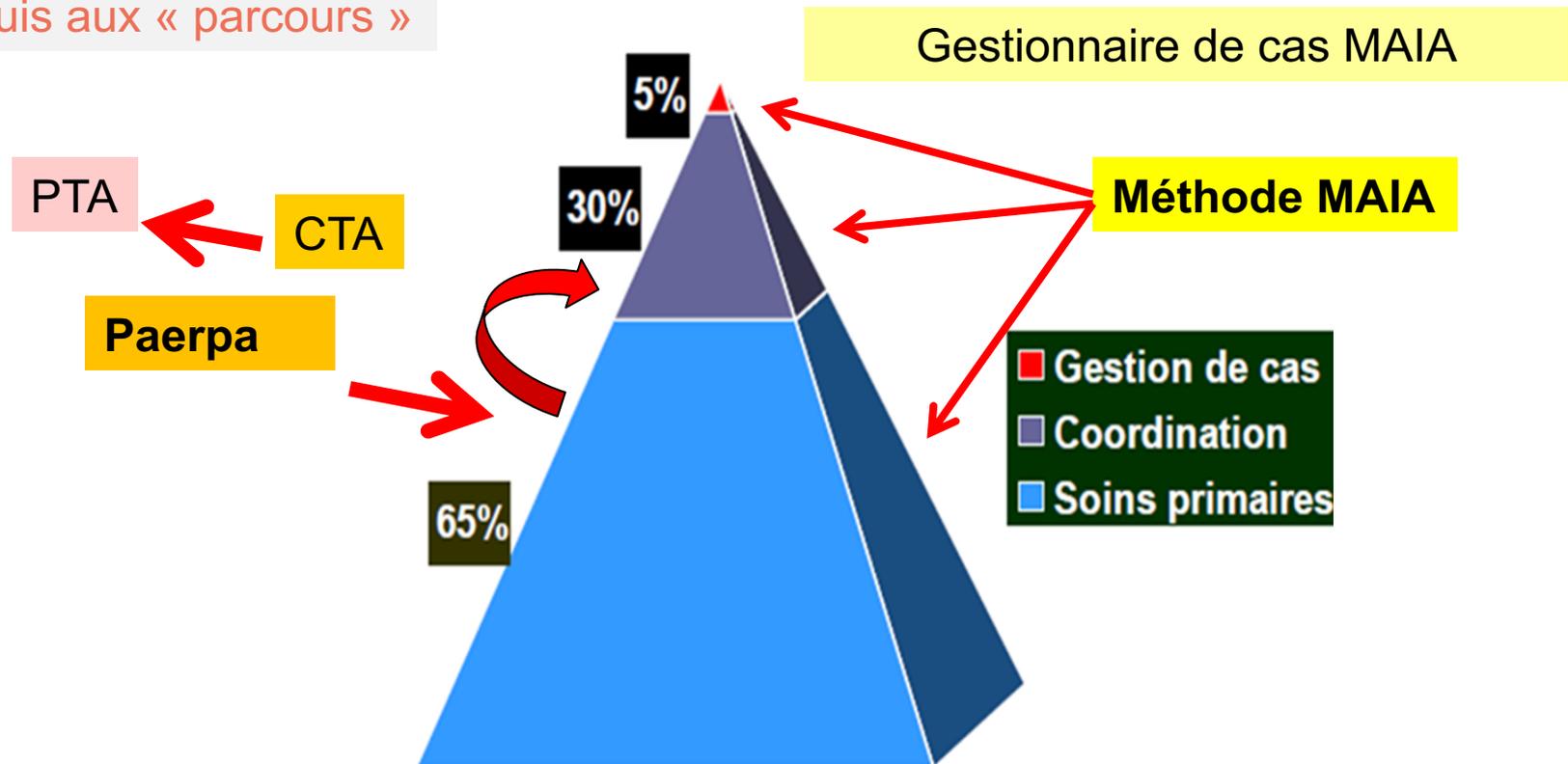
1. D'une approche par maladie ou handicap à une approche populationnelle
2. Vers une réponse graduée selon la complexité des besoins des personnes



Pyramide de Kaiser permanente

Cinq grandes évolutions

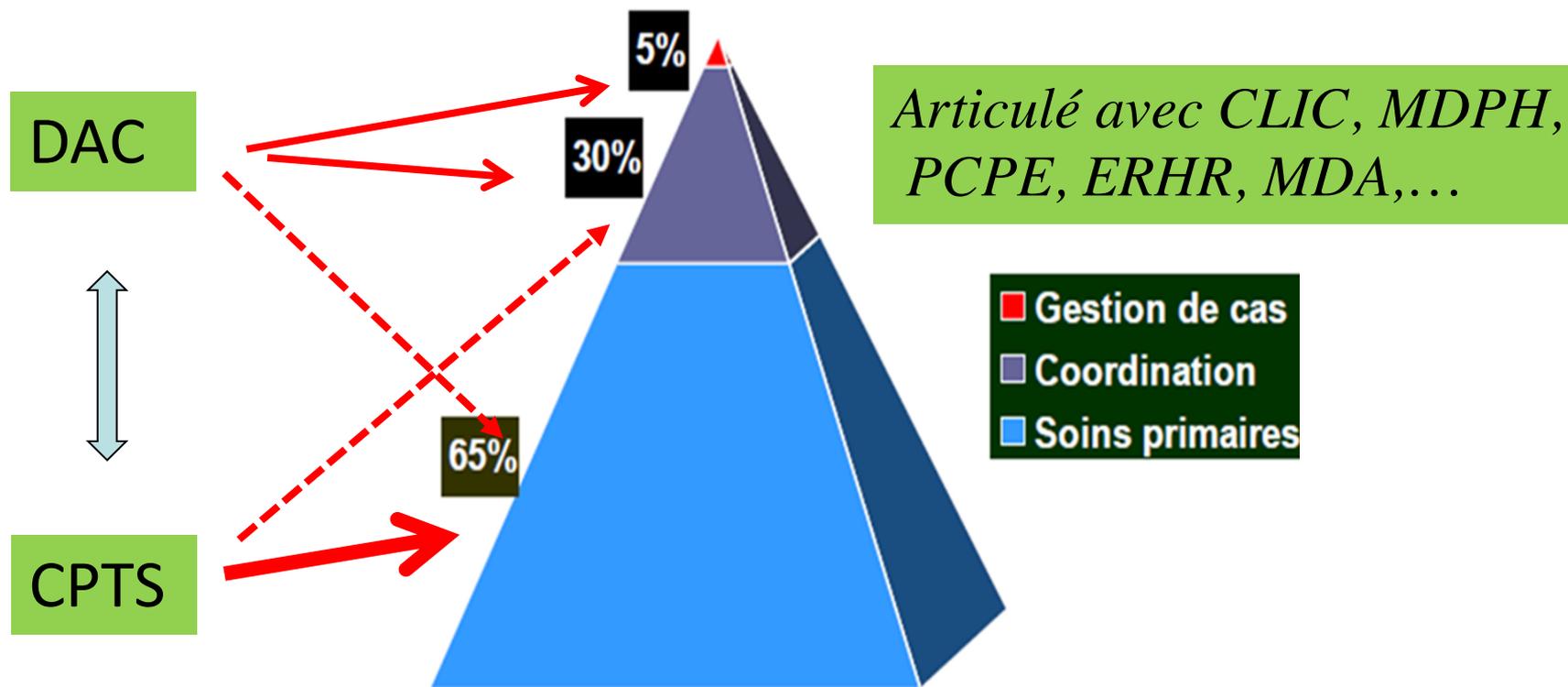
1. D'une approche par maladie ou handicap à une approche populationnelle
2. Vers une réponse graduée selon la complexité des besoins des personnes
3. De la coordination à l'intégration des services
4. Puis aux « parcours »



Pyramide de Kaiser permanente

Polyvalence, oui

1. D
2. Vers une reponse graduee selon la complexite des besoins des personnes
3. De la coordination à l'intégration des services
4. Puis aux « parcours »
5. Organisation systémique et polyvalente



Pyramide de Kaiser permanente