



Advancing Integration for a Dignified Ageing



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI

Projet AIDA



**Lignes directrices
socio-sanitaires
destinées aux personnes
âgées et aux personnes
handicapées en état de
fragilité**



Lignes directrices socio-sanitaires destinées aux personnes âgées et aux personnes handicapées en état de fragilité

This project (VS/2011/0052) is supported by the European Union Programme for Employment and Social Solidarity - PROGRESS (2007-2013). This programme is implemented by the European Commission. It was established to financially support the implementation of the objectives of the European Union in the employment, social affairs and equal opportunities area, and thereby contribute to the achievement of the Europe 2020 Strategy goals in these fields. The seven-year Programme targets all stakeholders who can help shape the development of appropriate and effective employment and social legislation and policies, across the EU-27, EFTA-EEA and EU candidate and pre-candidate countries. For more information see: <http://ec.europa.eu/progress>. The information contained in this website does not necessarily reflect the position or opinion of the European Commission. The Commission is not responsible for any use that may be made of the information contained in this website.

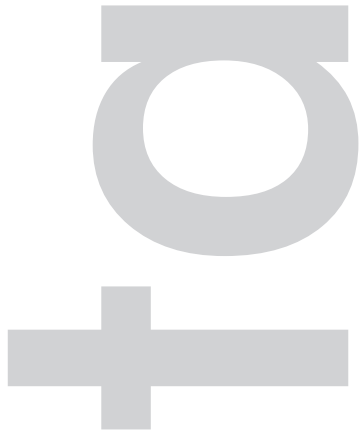


TABLE DES MATIÈRES

Introduction aux lignes directrices	7
1. La dimension territoriale	8
2. Accès au système socio-sanitaire	9
3. Évaluation multidimensionnelle du besoin	10
4. Plan d'assistance individualisé	11
5. La continuité de l'assistance	12
6. Soins à domicile : Assistance à domicile et Assistance intégrée à domicile	13
7. Assistance semi résidentielle et résidentielle	14
8. Case manager – Gestionnaire de cas	15
9. Rôle de la famille et de l'aidant naturel	16
10. Professionnels	17
Formation	
Bénévolat	
11. La gestion intégrée des ressources financières	18
Système d'information	
12. Suivi et évaluation des résultats	19

introduction

INTRODUCTION AUX LIGNES DIRECTRICES

Le système socio-sanitaire comme tous les systèmes complexes, a besoin de critères et de lignes directrices pour guider et soutenir les performances de l'organisation de la manière la plus valable et efficace possible. Le projet AIDA a élaboré des lignes directrices socio-sanitaires dans le but de fournir des «recommandations» qui prennent systématiquement en charge les structures organisationnelles et les nœuds décisionnels des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées en général, en fournissant aux professionnels et aux décideurs des services, des indications pour l'installation et la gestion des parcours de soins les plus appropriés.

À cet égard, il est nécessaire de souligner que les prestations sanitaires et sociales s'adressent aux personnes définies «fragiles» sur le plan psycho-physique pour lesquelles la structure de la santé doit également contenir des réponses même sous le profil environnemental, familial et des conditions économiques. Si les interventions de soins ne sont pas suffisamment soutenues par des actions qui facilitent le maintien / la réadaptation dans le milieu de vie, leur efficacité sera limitée et le problème de l'exclusion sociale restera ouverte.

En résumé, la santé doit aller de pair avec le degré de cohésion sociale et de la lutte contre les inégalités.

L'intégration entre les services sociaux et sanitaires devient donc une nécessité « impérative » pour organiser des réponses globales et intégrées, ainsi que la gouvernance institutionnelle doit guider les processus qui sous-tendent la protection de la santé et de la qualité de vie des personnes fragiles. Dans le sens indiqué, les lignes directrices prennent en considération, avec des recommandations précises, aussi bien l'organisation des activités que les processus de soins, en fournissant des indications pouvant être approfondies avec le matériel annexé.

1. la dimension territoriale

La dimension territoriale assume un caractère fondamental pour la facilité d'utilisation des services mais aussi pour leur organisation systémique. La proposition consiste donc à identifier des dimensions territoriales appropriées de par leur ampleur, la population résidente et la mobilité. La législation nationale et régionale italienne identifie comme zone idéale pour les services sanitaires et socio-sanitaires un territoire de 100/150.000 habitants, avec des corrections (par défaut) pour les zones collinaires et montagneuses présentes dans le District. La loi n° 328/2000 (Loi-cadre pour le système intégré d'interventions et de services sociaux) suggère elle aussi que les milieux «sociaux» coïncident avec ceux de la dimension sanitaire comme il a été réalisé dans diverses différentes régions italiennes : le District socio-sanitaire comme siège où les fonctions sociales s'intègrent aux fonctions sanitaires et socio-sanitaires.

La coïncidence territoriale des deux domaines de gestion conduit également à un autre résultat, celui de la gestion associée des communes d'un territoire donné pour fournir des services sociaux (article 8 de la loi n°320/2000). Tout cela, outre à permettre une organisation plus systémique pour le social, même en termes de prise en charge des frais, permet de fournir, conjointement avec l'organisation sanitaire du district un accès uniforme et intégré au réseau des services.

Le District socio-sanitaire, par rapport à d'autres modèles d'organisation, est en mesure de mettre en œuvre le meilleur niveau possible d'intégration non seulement entre les services locaux mais aussi entre ces derniers et les hôpitaux.

On peut donc résumer que le District socio-sanitaire réalise l'intégration dans quatre domaines stratégiques:

1. intégration entre les facteurs productifs des services locaux des autorités sanitaires locales et les communes
2. intégration professionnelle entre professionnels et compétences sanitaires territoriales, sociales et socio-sanitaires
3. intégration organisationnelle entre territoire et hôpitaux;
4. intégration entre services publics et sujets accrédités avec une référence particulière au Troisième secteur et aux sujets du bénévolat en créant également de cette manière la subsidiarité horizontale

2 . accès au système socio-sanitaire

L'importance de l'accès au système socio-sanitaire en termes de simplification pour le citoyen et de l'unité du système est l'identification d'un « guichet unique » pour l'accès qui peut également être décentralisé géographiquement. Le Point unique d'accès (défini simplement PUA) est donc une modalité organisationnelle d'accès unitaire et universel aux services sociaux, sanitaires et socio-sanitaires qui s'adresse particulièrement à ceux qui ont des besoins de santé complexes nécessitant unitairement de services sanitaires et de mesures de protection sociale. Le PUA devient le premier service à la disposition du citoyen qui fournit des informations et pourvoit au lancement du processus de prise en charge.

Le PUA peut être articulé en « sous-accès » distribués sur le territoire qui confluent de toute façon, même par voie électronique, vers les sièges où l'action de prise en charge aura lieu. Les principales fonctions du PUA sont identifiées dans l'accès, l'acceptation, la collecte de la signalisation, l'orientation, la gestion de la demande, l'activation directe des prestations en réponse à des besoins simples et le lancement de la prise en charge et l'intégration avec les services du réseau des soins primaires et des soins hospitaliers.

Afin d'accomplir les fonctions indiquées, le PUA exerce plusieurs fonctions dont les principales sont les suivantes:

1. réponses et des conseils informatifs
2. journalisation des accès
3. analyse des besoins
4. création de dossiers individuels qui collectent des données essentielles pour définir la situation de la personne qui présenté la demande de prestations socio-sanitaires, également à des fins épidémiologiques
5. signalisation des cas aux services compétents pour la prise en charge

3. évaluation multidimensionnelle du besoin

Les besoins complexes demandent une évaluation qui prenne en compte plusieurs aspects, la situation psycho-physique de la personne avec une référence particulière à l'autonomie fonctionnelle, le contexte de vie et des relations, les revenus et tout cela nécessite une approche multidimensionnelle. L'évaluation multidimensionnelle (VMD) peut être alors définie comme un processus global et dynamique interdisciplinaire visant à identifier et décrire la nature et l'ampleur des problèmes d'un point de vue physique, psychique, fonctionnel et relationnel/environnemental d'une personne.

L'objectif principal de l'évaluation multidimensionnelle est la mesure de l'état de santé de la personne, du degré d'autonomie et d'autosuffisance, des ressources personnelles et familiales sur lesquelles elle peut compter et des conditions économiques pouvant conditionner, en cas de non autosuffisance, sa présence dans son milieu de vie. De la VMD dérive la formulation du plan d'assistance individualisé (PAI). Pour l'évaluation multidimensionnelle, il est important d'utiliser des outils d'évaluation et des échelles pour pouvoir effectuer une analyse approfondie des capacités fonctionnelles et des besoins que la personne âgée / handicapée présente dans la dimension biologique, cognitive, sociale et fonctionnelle.

L'évaluation multidimensionnelle est effectuée par une équipe sanitaire et sociale mixte composée en général par le médecin spécialisé de la « fragilité », du médecin généraliste, de l'infirmière, du thérapeute en réadaptation et de l'assistante sociale qui a la charge de la personne à évaluer. Pour obtenir des évaluations objectives prenant en compte des différents profils de la personne pour être en mesure de prendre des décisions quant à l'assistance appropriée, les régions italiennes utilisent différentes échelles. Les plus testées qui s'inspirent également des lignes directrices internationales sont les suivantes :

- ▶ la carte SVAMA (Carte pour l'évaluation multidimensionnelle de l'adulte et de la personne âgée) avec une déclinaison même pour l'invalidité définie SVAMDI) qui analyse tous les aspects de la vie de la personne qui doit être prise en charge. Elle se compose de quatre sections qui évaluent les variables de santé, le degré d'autonomie, les relations sociales et la situation économique en fournissant aux opérateurs un cadre général et complet pour l'évaluation de « l'état de la qualité de vie » de la personne qui demande une assistance sanitaire, socio-sanitaire et sociale;
- ▶ la carte AGED Plus (Assessment of Geriatric Disability - évaluation de l'invalidité gériatrique), dérive du système français AGIR. Elle permet une évaluation, similaire à la carte SVAMA mais d'une manière plus simple et rapide en analysant 27 fonctions et en fournissant, outre le degré de pathologie / autonomie de la personne, les temps d'assistance nécessaires sous le profil médical, les soins infirmiers et de protection pour chaque jour
- ▶ le système RUG (Resource Utilisation Groups - Groupes d'utilisation des ressources) est un système né dans le domaine des hôpitaux anglais qui représente un système de classification des « profils médico-sociaux » des personnes âgées, dans le but de déterminer le plan d'assistance
- ▶ Core set/Protocoles ICF: (International Classification of Functioning, Disability and Health- Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) il s'agit de listes de codes établies à partir de la classification internationale globale de fonctionnement, du handicap et de la santé. Par fonctionnement, l'on entend les compétences individuelles, les facteurs relationnels et environnementaux qui décrivent le mieux la vie d'une personne par rapport à sa santé / autonomie. C'est un système qu'en Italie est principalement utilisé pour l'invalidité. Diverses expériences sont toutefois mises en place qui concernent non seulement l'utilisation des services socio-sanitaires mais également l'inclusion dans la formation professionnelle et le travail.

Les instruments / échelles mentionnés sont les plus utilisés tandis que certaines régions ont adopté des instruments qui ont une valeur plus locale, mais qui sont aussi inspirés pour évaluer la santé / autonomie / ressources personnelles et environnementales.

4 • plan d'assistance individualisé

Le Plan d'assistance individualisé, simplement défini PAI, est un programme systémique de travail formulé par l'équipe multi-professionnelle. Il est construit à partir de l'information contenue dans l'évaluation multidimensionnelle qui sur base de l'évaluation des besoins de la personne nécessitant des soins, identifie des objectifs réalisables et les prestations sanitaires, socio-sanitaires et sociales pour les réaliser. En proposant également une évaluation en continu et par la suite afin d'évaluer les résultats obtenus, en ajustant, le cas échéant, les prestations fournies. Le PAI permet d'évaluer la pertinence des prestations programmées et leur efficacité ainsi que les coûts s'y rapportant.

Il est nécessaire que le PAI, aussi pour une question de responsabilité partagée, soit également souscrit par l'utilisateur (sur la base de ses conditions psycho-physiques) et dans tous les cas, par la famille (sujet soignant) conjointement au responsable du plan (également connu en tant que case manager - gestionnaire de cas). Le PAI est testé au cours de la mise en œuvre par rapport à l'évolution de la situation en charge mais surtout il doit être procédé à une évaluation à l'issue de l'intervention afin de vérifier l'efficacité et le coût. Dans de nombreux systèmes régionaux (par exemple, pour les «Fonds régionaux pour la non autonomie»), le PAI est devenu l'instrument pour définir «le pacte d'assistance» avec la famille relativement aux prestations et apports monétaires pour assister la personne non-autonome.

Le plan d'assistance individualisé est enfin l'outil par excellence pour mesurer la pertinence et l'efficacité de l'intervention mais aussi pour déterminer les modalités pour la continuité des soins pour la personne prise en charge et donc le degré d'organisation systémique stratégique des activités socio-sanitaires et de leur efficacité sous le profil multidisciplinaire.

5. la continuité de l'assistance

Toutes les personnes ayant des besoins socio-sanitaires complexes nécessitent d'un modèle d'assistance dont l'objectif est celui de la «prise en charge et de la continuité des soins».

De la prise en charge dérivent des parcours d'assistance sanitaires, socio-sanitaires et sociaux dans un contexte d'assistance donné (à domicile, semi résidentiels et résidentiels) qui ne «s'additionnent» pas mais qui s'intègrent et se recomposent en un cadre unitaire de réponses au besoin, continu dans le temps et intégré, jusqu'à la guérison ou la stabilisation des problèmes de santé et d'inclusion. Les prestations doivent/peuvent être assurées par différents professionnels de par leur qualification professionnelle ou secteur d'appartenance (médecine générale, spécialistes, hospitalisations, interventions de soutien social à la personne/famille) et le rôle de gestionnaire de cas (case manager) devient décisif.

La continuité des soins doit être contrôlée notamment lors de la transition entre les différents contextes. Un moment particulièrement important pour la continuité des soins pour les personnes fragiles est constitué par les sorties «protégées» de l'hôpital au domicile ou dans une structure résidentielle. Surtout lors du retour chez soi, la continuité des soins doit être assurée pour ne pas interrompre les bénéfices acquis. La continuité des soins doit devenir une forme d'«approche» systémique des opérateurs face à des personnes fragiles pour ne pas abandonner la personne à l'intérieur de la segmentation des services.

La continuité des soins dans le domaine médical, infirmier et de soutien social doit être assurée, notamment aux :

- ▶ personnes issues d'une phase aiguë qui, sortant de l'hôpital sans une continuité de soins et mal assistées, courent des risques élevés d'où possibilités de rechute et de nouvelles hospitalisations
- ▶ personnes dans un état chronique, même sous forme stabilisée, vivant à leur domicile (ou dans les structures à faible activité sanitaire) mais avec risque d'aggravation s'ils ne sont pas assistés de manière adéquate

Une gestion intégrée du patient nécessite la mise en œuvre de modèles d'organisation aussi bien au niveau professionnel que de gestion, aptes à assurer la continuité des soins par une utilisation uniforme et coordonnée des ressources. Ce qui est fondamental pour la construction d'un tel système, c'est la diffusion de Parcours diagnostics thérapeutiques d'assistance (PDTA) et des protocoles intégrés de soins (PIC) entendus comme la réalisation de plans de prestations intégrés. Ceux-ci sont également tirés des directives spéciales sur la chronicité pour faire face aux pathologies ou problématiques cliniques complexes où une intervention sociale est également nécessaire. Ce sont des outils utiles pour décrire les objectifs et les actions communes entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge (opérant sur le territoire et dans les hôpitaux), visant à tracer le meilleur parcours praticable en termes de pertinence, en privilégiant une perspective de processus plutôt que des épisodes individuels de soins. Les protocoles sont également importants pour allouer les ressources disponibles de la manière la plus correcte et ciblée.

La mise en œuvre concrète du PDTA demande la définition d'indicateurs cliniques et organisationnels, de volumes d'activités et de plafonds de dépense prévus. Dans la réalité italienne, le PDTA et le PIC sont dédiés à la chronicité et sont inclus parmi les responsabilités contractuelles de médecins de la médecine généraliste.

6. soins à domicile: assistance à domicile et assistance intégrée à domicile

La continuité des soins prévoit que soient fournis différents niveaux de soins au patient ainsi qu'aux aidants naturels. Les plans d'assistance individualisés devront évaluer la possibilité de construire un réseau d'assistance autour de la personne privilégiant son séjour à son domicile. Seulement là où il existe un manque «évident» d'un réseau adéquat de supports, même avec l'aide de sujets externes à la famille (personnel de soutien et bénévoles), on pourra opter pour le choix de formes d'assistance dans des structures résidentielles pour ceux qui ne peuvent pas être pris en charge via l'assistance intégrée à domicile (ADI) ou sous des formes d'hospitalisation à domicile (SD).

Il existe différents degrés de soins à domicile qui peuvent prévoir des formes d'assistance personnelle / de protection qui consistent en une aide personnelle à la personne dépendante et la prestation de tâches familiales (le nettoyage, la préparation des repas et de leur distribution, l'achat de biens primaires, l'assistance à l'hygiène personnelle, la lessive, etc.). Toutes tâches accomplies par la famille même par le biais de personnes engagées à cet effet (aide familiale qui possède une formation de base pour assister les personnes âgées/handicapées). Même les Communes et leurs associations peuvent fournir ces services soit par leurs services d'assistance à domicile (SAD), soit en faisant recours à des coopératives ou autres et ceci pour des périodes plus limitées. Ce genre d'aide ne remplace ni les soins infirmiers ni la réadaptation mais vise à la prévention, au maintien et à la valorisation du potentiel résiduel de la personne afin de lui permettre de rester à son propre domicile et dans son propre contexte de relations sociales.

L'assistance intégrée à domicile (ADI) est une forme de traitement intégré à domicile qui combine les services sanitaires (soins infirmiers, médicaux et de réadaptation) aux services de protection et services domestiques pour soutenir la personne dans le cas d'exacerbation aiguë des pathologies chroniques ou lors des sorties de l'hôpital. L'ADI peut être définie comme l'ensemble coordonné des prestations sanitaires intégrées avec des interventions socio-sanitaires dispensées à domicile et pour répondre aux besoins des personnes âgées, handicapées et les patients atteints de maladies dégénératives chroniques, partiellement ou totalement dépendantes, nécessitant d'une assistance continue dans les soins et la réadaptation.

L'ADI est soutenue par le Plan d'assistance individualisé à travers la prise en charge pluridisciplinaire du patient sous la coordination du médecin généraliste, des médecins spécialistes, des thérapeutes en réadaptation, du personnel infirmier, des aides à domicile et assistantes sociales et sanitaires. Le service ADI peut être demandé par le médecin généraliste, le responsable de service hospitalier en vue de la sortie d'hôpital, l'assistante sociale ou la famille de la personne dépendante.

Il existe différentes formes d'ADI selon l'intensité des soins sanitaires et de l'assistance aux soins personnels (niveau moyen et élevé) qui doivent prévoir, en fonction de la gravité de la personne, une présence quotidienne et parfois de plusieurs jours de traitement. Une forme particulière d'ADI intensive est constituée par les traitements fournis aux patients atteints de cancer et en fin de vie qui doivent répondre à des protocoles de soins de haute intensité.

Il convient de souligner que l'ADI, face aux chronicités particulières à long cours, notamment en termes de protection et d'aide personnelle, devra être complétée par les soins de la famille.

7 • assistance semi résidentielle et résidentielle

Lorsqu'il n'est pas possible d'assister la personne dépendante, il existe d'autres formes d'assistance dans des établissements particuliers. La prise en charge résidentielle se divise en deux catégories : le cycle diurne ou semi résidentiel et le cycle continu ou résidentiel.

L'assistance à caractère diurne doit fournir des prestations d'aide personnelle dans les soins et la réadaptation (si nécessaire), l'animation et la socialisation et même la restauration. Ce service est destiné aux personnes âgées et handicapées à risque élevé de perte d'autonomie ou déjà dépendantes, même atteintes de démence avec une référence particulière à la maladie d'Alzheimer. C'est un service intermédiaire entre les soins à domicile et les soins en établissement résidentiel qui est habituellement effectué dans un « Centre de jour » et que vise à la récupération de l'invalidité, à contraster l'aggravation de la situation et comme soutien à la famille et en particulier aux aidants naturels. Il s'agit d'une mesure encore peu utilisée alors qu'elle est très utile pour ne pas interrompre complètement les liens avec la famille et le milieu de vie.

L'assistance résidentielle s'adresse aux personnes à l'autonomie limitée, même d'un point de vue psychique, ayant besoin d'assistance 24 heures sur 24, en particulier en absence de soutien familial. Il s'agit d'une assistance à temps plein qui offre des prestations similaires à l'assistance de jour, même sous forme plus complexe et intense, surtout en matière de soins. Les structures les plus communes dans la réalité italienne sont les RSA (résidences sanitaire et d'assistance = centres de soins résidentiels) mais qui offrent aussi un niveau moyen d'assistance sanitaire (médecine, soins infirmiers et de réadaptation) complétée par un niveau élevé de soutien et de protection et de restauration. Il existe dans des régions d'autres types de résidences socio-sanitaires avec divers degrés d'assistance sanitaire et il y a aussi des structures « spécialisées » pour les personnes atteintes de démence qui activent des formes d'assistance de genre « prothétique » pour faciliter la récupération et retarder la perte d'autonomie.

Il existe aussi des petites structures définies « substitutives des soins familiaux », c'est-à-dire ayant essentiellement un caractère de socio-assistance. Ces structures sont composées de logements dénommés logements communautaires et / ou logements protégés ne possédant pas de personnel sanitaire mais uniquement des personnes pour l'aide, la protection et le ménage. Elles bénéficient des prestations sanitaires offertes par le district et par la médecine généraliste.

L'accès aux structures résidentielles et semi résidentielles doit être précédée d'une évaluation multidimensionnelle avec la préparation d'un plan individualisé d'assistance qui accompagnera la personne âgée et handicapée au sein des structures.

Parmi les formes d'assistance résidentielle sont également organisées des structures intermédiaires appelées « hôpitaux communautaires » ou avec d'autres dénominations. Ces structures, que l'on peut également trouver au sein des hôpitaux, fournissent des soins dans les phases post-aiguës des personnes présentant plusieurs pathologies chroniques en phase de nouvelle aggravation. Il s'agit de personnes qui, après la phase aiguë de la maladie, sont cliniquement instables et nécessitent donc d'une ultérieure observation clinique, de la continuité des soins thérapeutiques, des soins infirmiers et de réadaptation. L'accès aux structures intermédiaires se fait généralement après une hospitalisation pour assurer la continuité des soins.

8. case manager gestionnaire de cas

Le case manager (gestionnaire de cas) est le professionnel identifié par l'équipe multidisciplinaire au cours de la VMD et la formulation du PAI, ayant la fonction de collaborer avec le médecin généraliste, orienter et coordonner les prestations conformément à ce qui est tracé dans le plan d'assistance individualisé. Le gestionnaire de cas peut gérer un ou plusieurs cas avec le rôle de «directeur» sur les interventions sociales et sanitaires qui sont menées pour la personne en charge, dans un espace / temps défini.

Le gestionnaire de cas est identifié parmi les professionnels sociaux ou sanitaires relativement à la priorité des prestations. Les règles en matière d'assistance socio-sanitaire en Italie ne définissent pas les profils de ces personnes. L'on constate à ce jour que ce type de rôle est dans la plupart des cas confié à des infirmiers et au médecin généraliste.

Le gestionnaire de cas, selon la littérature qui traite de la question de la «gestion du cas», se configure comme un processus qui programme, coordonne et évalue les types de prestations et les services requis pour répondre aux besoins du patient, la gestion du processus de communication entre les différents acteurs de la prise en charge et l'évaluation / gestion des ressources disponibles (humaines et financières) afin de promouvoir et mettre en œuvre les services les plus appropriés à la personne. Dans ces termes, la gestion de cas est également un mécanisme pour améliorer l'efficacité et l'efficacité de l'assistance socio-sanitaire basée surtout sur la logique de la coordination des ressources à utiliser pour résoudre les problèmes de santé et de soins à la personne dépendante.

Le gestionnaire de cas suit le parcours qui va de la prise en charge du cas jusqu'au suivi et la conclusion du PAI et il représente donc:

- ▶ Le référent entre l'utilisateur et l'aidant naturel (membres de la famille et / ou professionnels)
- ▶ Le coordonnateur des ressources professionnelles
- ▶ Le responsable du suivi et de l'évaluation du PAI
- ▶ Le responsable de la gestion des ressources financières affectées au cas
- ▶ Le responsable de la vérification de la qualité du service

9 • rôle de la famille et de l'aidant naturel

La famille a un rôle déterminant vis-à-vis de la personne dépendante, surtout si elle peut assurer une assistance constante mais aussi comme un élément de référence si l'assistance est demandée à d'autres personnes. Par le terme d'aidant naturel, on désigne un membre de la famille qui aide - sans aucune rémunération – un conjoint (un membre de sa famille, un ami, une connaissance, etc.) n'étant pas en mesure d'effectuer indépendamment les actes nécessaires à la vie quotidienne, en raison de l'âge, d'une maladie ou d'un handicap.

Un bon parcours de continuité dans l'assistance socio-sanitaire doit tenir compte du rôle fondamental de la famille de la personne assistée, également comme protagoniste du processus de prise en charge pour la définition du parcours d'assistance. En effet, c'est en évaluant la capacité du réseau familial de fournir assistance que l'on pourra définir des parcours plus appropriés à la situation concrète et au choix des différents niveaux d'intensité du parcours d'assistance.

Le rôle des aidants naturels doit être reconnu et valorisé comme une ressource qui assure également le système de la continuité des soins.

10. professionnels

Pour réaliser le processus socio-sanitaire, divers professionnels sont nécessaires : les acteurs de prestations de soins (infirmier, thérapeute en réadaptation, médecin généraliste et d'autres spécialistes, etc.) et ceux impliqués dans l'assistance / éducation comme l'aide sociale, l'éducateur, l'animateur, l'aide familiale. C'est grâce à l'intégration des différents professionnels concernés que l'on réalise le PAI afin d'assurer une réponse globale aux problèmes de la personne dépendante et réaliser les conditions de soins / aide aptes à assurer une efficacité maximale pour faire face aux besoins complexes exigeant, en raison de leur complexité, la préparation d'une réponse multi-professionnelle.

Cette réponse doit être le résultat d'une structure de coordination des prestations qui commencent à partir de différentes approches professionnelles pour s'intégrer et s'unir dans le processus de résolution des besoins de la personne dépendante ou gravement handicapée. L'insertion professionnelle est l'occasion pour que chaque opérateur soit motivé à fournir le maximum de valeur à sa contribution spécifique.

FORMATION

La formation est un instrument pour l'optimisation des ressources humaines et de changement organisationnel. Former signifie apporter une évolution en termes de connaissances (savoir), de capacités (savoir être), d'attitudes (savoir faire). Il est nécessaire effectuer une prévision rigoureuse des besoins professionnels. La formation doit être réalisée dans le contexte plus ample de la politique de service et d'une intégration cohérente avec d'autres disciplines professionnelles. La formation, de par sa nature, peut exécuter des fonctions de mise en œuvre qualitative des résultats des services, en contrastant les dysfonctionnements organisationnels. Elle peut faciliter les reconversions professionnelles et de gestion et peut en général être caractérisée comme une stratégie visant à accroître l'efficacité des services.

Le processus de formation doit comprendre:

- ▶ la formation transversale relative aux processus qui appliquent des politiques intégrées (socio-sanitaires, socio-éducatives, etc.) et à l'information sur les services existants sur le territoire.
- ▶ la formation technique relative aux compétences spécifiques et aux rôles de responsabilité au sein de l'organisation de façon à pouvoir les exprimer de la manière la plus valable et efficace dans le cadre des parcours de continuité d'assistance.
- ▶ la formation interprofessionnelle représentée par des réflexions dialogiques entre les divers professionnels par rapport aux expériences effectuées.

Pour les opérateurs des services socio-sanitaires, la forme de Long term learning (apprentissage continu) ou «formation permanente» est le meilleur support pour la mise à niveau professionnelle et l'échange d'expériences.

BÉNÉVOLAT

Le bénévolat est le résultat le plus important de la solidarité sociale. Il ne remplace pas le personnel professionnel dans la prestation de soins et d'assistance mais conjointement aux services et à la famille, il représente une activité de soutien valide surtout dans les cas les plus complexes et graves. Son rôle est fondamental pour les processus de soins, pour soigner les personnes dépendantes et également pour offrir des moments de soulagement à la famille et aux aidants. Le rôle du bénévole doit être dirigé et défini par les responsables de la personne.

11 • la gestion intégrée des ressources financières

Pour la prise en charge globale de la personne et pour mettre en œuvre des interventions multidisciplinaires qui répondent à des situations poly-pathologiques s'orientant vers le modèle bio-psycho-social, il est fondamental de prévoir un budget de santé socio-sanitaire. Ce budget peut être le résultat de plusieurs contributions financières appartenant à différents secteurs publics et privés (santé, social, participation de l'utilisateur pour les coûts relatifs aux soins, etc.) afin qu'elles puissent se fondre ensemble, selon le plan d'assistance individualisé, dans un récipient virtuel de ressources permettant de rationaliser au maximum les dépenses et le contrôle. Le budget permet également d'offrir au demandeur des services plus rapides et coordonnés dont l'objectif est l'intégration entre les prestations et donc la continuité des soins.

SYSTÈME D'INFORMATION

Le système d'information (SI) est la base pour la planification et la gestion d'un système de services. Un flux d'informations fiable et constamment mis à jour permet d'avoir une capacité de lecture analytique des processus de soins, des prises en charge et de la gestion du patient. Il fournit également les outils nécessaires à la mise en œuvre de modèles d'assistance fondés sur la coopération entre les acteurs concernés et sur la gestion intégrée de parcours de soins et d'assistance. La disponibilité de données épidémiologiques permet également de faire l'affectation ciblée des ressources dans la logique des dépenses soutenables, d'où l'impacte sur les actions inappropriées.

Le nouveau système d'information sanitaire (NSIS) et social (dépendance-SINA, mineurs - SIMBA, crèches et pauvreté) sont des outils de référence importants pour mesurer la qualité, l'efficacité et la pertinence des services à offrir.

Par le NSIS, on peut tirer des informations relatives à l'assistance fournie aux personnes dans les différentes régions et dans différents contextes d'assistance. Dans le NSIS se trouvent le système d'information pour l'assistance résidentielle et semi résidentielle (FAR) qui contrôle les prestations fournies dans les structures résidentielles et semi résidentielles aux personnes dépendantes tandis que le système d'information de l'assistance à domicile (SIAD) détecte les interventions sanitaires et socio-sanitaires fournies à domicile.

Pour le classement des personnes dépendantes, Le Ministère du travail et des affaires sociales avec la collaboration des régions a mis en place le système d'information des dépendances (SINA) ¹ qui fournit pour la personne dépendante le profil psycho-social, le niveau d'autonomie et le soutien de la famille afin d'évaluer les prestations sociales et socio-sanitaires à fournir.

¹ Pour trouver les informations nécessaires, l'on utilise un dossier individuel qui prend en compte un ensemble minimum de données concernant : les structures des fonctions corporelles (de déficiences), activité (limites) et participation (restrictions). L'évaluation de la dépendance se dégage de l'analyse de cinq domaines : l'axe fonctionnel (autonomie dans les activités quotidiennes), axe cognitif, axe comportementale (présence de maladies même chronicisées) et la structure sociale (soutien formel et informel). De la combinaison des axes autonomie/santé sont générés les profils de dépendance psychophysique de la personne et la conséquente prise en charge d'assistance.

12. suivi et évaluation des résultats

Ce qui est fondamental pour le succès des interventions effectuées, c'est le suivi du déroulement des activités, des dépenses effectuées et de l'obtention des résultats prévus, à savoir une évaluation globale des effets, en vérifiant la corrélation et la cohérence avec les objectifs prévus et l'impact de l'intervention pour améliorer la condition de la personne. Le processus du suivi et l'évaluation des résultats doit être visé sur deux niveaux:

1. Le suivi et l'évaluation des résultats du parcours personnalisé de la personne en matière d'assistance qui permet de mettre en œuvre des évaluations continues pouvant saisir les changements dans l'état de santé et le contexte de vie et les éventuelles réévaluations de l'intervention et du budget prévu.
2. Le suivi et l'évaluation des résultats concernant en général les politiques socio-sanitaires activées qui, comme nous l'avons dit dans la recommandation précédente, doivent être fondées sur une circulation de l'information certaine, fiable et actualisée. Ceci, pour permettre de mesurer les résultats en termes de pertinence et d'efficacité, tout en fournissant des données sur les domaines d'intervention pour faciliter une utilisation judicieuse des ressources humaines et financières et faciliter ainsi la réduction des gaspillages, la réaffectation éventuelle des ressources vers des prestations ou des processus plus appropriés, capables de s'adapter aux nouveaux besoins émergents.

Le suivi et l'évaluation des résultats doivent toujours être effectués avec un standard (indicateurs) de référence élaboré et partagé a priori. Le système du suivi et d'évaluation est en mesure de fournir, en particulier pour les prestations intégrées, un scénario sur les performances organisationnelles adoptées en termes d'efficacité, d'efficience, d'économicité, de la qualité perçue et de la pertinence.

Ce document a été élaboré dans le cadre
du projet AIDA
Pour de plus amples renseignements sur le projet:
www.projectaida.eu

aida