



Advancing Integration for a Dignified Ageing



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI

AIDA Project



**WP6 – LA DIMENSION EUROPEENNE:
TRANSPORTABILITÉ DES LIGNES DI-
RECTRICES DANS D'AUTRES CONTEXTES
EUROPÉENS**

**PRODUIT N°1
RAPPORT SUR LA TRANSPORTABILITÉ**

WP6 – LA DIMENSION EUROPÉENNE : TRANSPORTABILITÉ DES LIGNES DIRECTRICES DANS D'AUTRES
CONTEXTES EUROPÉENS

PRODUIT N°1 – RAPPORT SUR LA TRANSPORTABILITÉ

Rapport réalisé par

Licia Boccaletti – « Anziani e non solo » société coopérative

Martha Mackay – Eurocarers

But de la phase de projet

Bien que le projet AIDA ait été développé par un partenariat principalement italien, on a essayé d'avoir un impact le plus vaste possible au niveau européen, en consacrant une phase de travail à cet objectif.

En effet, avec la phase de projet numéro six, on a souhaité faire connaître les Lignes Directrices AIDA dans différents pays d'Europe, impliquant de nombreux stakeholder et spécialistes en intégration socio-sanitaire des services, dans l'objectif de mettre en place une discussion nous permettant d'avoir des réponses sur la transportabilité potentielle des résultats du projet AIDA dans d'autres zones communautaires.

Activités et méthodologies

Eurocarers (European Network of Carers Organizations), avec la collaboration des autres partenaires, a organisé six évènements dans différents pays d'Europe.

Le premier évènement a été un séminaire, organisé à Bruxelles, au cours duquel ont été présentées les Lignes directrices à des experts et professionnels de différents pays pour recueillir, lors des discussions, leurs impressions générales sur le projet et sur les éléments développés.

Par la suite, cinq autres séminaires ont été organisés dans cinq autres pays d'Europe ayant des régimes de welfare différents :

- Finlande¹, représentant du modèle nordique
- Estonie, représentant du modèle postsocialiste
- Slovaquie, représentant du modèle d'Europe de l'Est
- Espagne, représentant du modèle d'Europe du Sud
- Hollande, représentant du modèle continental

Chaque évènement a été divisé en deux parties : une première partie de présentation des Lignes directrices puis une phase de discussion avec les participants pour connaître leurs impressions

¹ Des représentants de l'Irlande (modèle anglo-saxon) et de la Roumanie (modèle d'Europe de l'Est) ont également participé au séminaire organisé en Finlande.

sur les Lignes directrices et sur les aspects qui, d'après eux, pourraient être utilisables et transportables ou ceux sans importance pour leur pays.

Dans l'appendice, nous rapportons les détails de chaque évènement, tandis que dans la partie suivante seront exposés les principaux points ayant été soulevés au cours des discussions avec les participants et ceux qui peuvent être considérés comme les éléments potentiellement transportables et utilisables à une échelle européenne plus vaste.

Thèmes communs à l'échelle européenne

- L'intégration socio-sanitaire constitue désormais une **question présente dans toute l'Europe** et presque partout dans les agendas politiques, même si, bien entendu, il existe différents modes et modèles pour développer concrètement l'intégration.
- L'utilisation des TIC est considérée amplement comme un moyen de support pour l'intégration des services sociaux et sanitaires, mais : (1) il faut être conscients du fait qu'une **utilisation importante des TIC** risque de discriminer les personnes âgées qui pourraient ne pas maîtriser la technologie et (2) actuellement subsiste un problème relatif à la loi sur la protection des données personnelles susceptible de rendre difficile l'échange d'informations entre les différents professionnels.
- Le **rôle des médecins généralistes et/ou des infirmiers/infirmières libéraux** est considéré, partout, comme fondamental pour le succès de l'intégration entre les services sociaux et sanitaires. Cependant, l'intégration se réalise de façon très différente par rapport au modèle de fourniture des services (par exemple, si dans le pays on peut avoir recours gratuitement au médecin de famille, si le médecin fait partie du service sanitaire national ou s'il s'agit d'un médecin libéral etc.).
- La plupart des participants ont affirmé qu'il **est encore difficile d'instaurer un dialogue productif et une coopération effective entre les professionnels des domaines sociaux et sanitaires**. Le développement de nouveaux cursus et d'une formation commune, visant à améliorer l'intégration des compétences et des connaissances, a été considéré important dans tous les pays et, dans certains cas, cela est déjà présent dans les agendas politiques.
- L'attention que les lignes directrices d'AIDA portent aux **soignants familiaux** été appréciée dans tous les pays et considérée comme un aspect novateur, notamment dans

les pays qui utilisent un modèle fortement basé sur la fourniture de services de soin formels et qui, actuellement, sont contraints, à cause des restrictions budgétaires, à se réorienter davantage vers les soins familiaux.

- L'orientation politique est très importante et une **programmation conjointe** est nécessaire. Idéalement, l'assistance sociale et l'assistance sanitaire doivent être sous la même autorité politique (par exemple de la compétence du même Ministère) afin de faciliter le processus d'intégration. D'autre part, dans tous les pays concernés, les ressources financières sont encore scindées en deux secteurs (social et sanitaire) (et, dans certains cas, même au sein du service social, l'assistance à la personne et le welfare dépendent de budgets et responsabilités différents), ce qui crée forcément des barrières pour l'intégration.
- En Europe et dans chaque pays d'Europe est présente une grande variété de situations différentes d'un point de vue géographique, organisationnel, culturel et démographique. Il est donc fondamental d'assurer un certain niveau de **souplesse dans l'application des lignes directrices** et des modèles d'intégration sociale et sanitaire. Les personnes âgées vivant dans des zones rurales semblent, partout, représenter un défi pour le développement de l'intégration des services : il faudrait développer une stratégie en mesure de répondre aux besoins de cette cible spécifique, associant efficacité des interventions et durabilité économique.

Conclusions

Dans toute l'Europe, les personnes vieillissent de la même manière : longévité, diminution de la morbidité, chaque pays rencontre les mêmes problèmes, mais avec des pratiques et réglementations différentes. Le vieillissement de la population associé aux restrictions dues à la crise économique porte, partout, à l'apparition du problème de la manière d'associer efficacité des soins et durabilité. Cela se présente comme un défi notamment dans le passage de la fourniture de services de soins formels à ceux informels. Les lignes directrices AIDA ont été considérées dans tous les pays comme importantes, utiles et – en partie du moins – transportables dans d'autres contextes européens.

Appendice

Séminaire européen – Bruxelles (BE) – 15 octobre 2013

Comme annoncé dans l'introduction, la rencontre de Bruxelles avait pour objectif de présenter les Lignes Directrices à un groupe de 14 stakeholder appartenant au réseau d'Eurocarers et représentant huit différents pays d'Europe.

Le séminaire, sur le modèle du précédent, a été divisé en deux parties : une présentation des résultats du projet (téléchargeable à l'adresse <http://tinyurl.com/aidaEUseminar>) puis des discussions avec les participants autour de la question suivante : *Maintenant que vous connaissez les résultats du projet et les facteurs clés identifiés en Italie pour réaliser l'intégration socio-sanitaire, pensez-vous que ces éléments puissent être également utilisés dans vos pays ? En pensant à la situation de votre pays, quelles sont les modifications (ajouts ou changements) que vous apporteriez ?*

Nous présentons ci-dessous les principaux éléments qui sont ressortis de la discussion.

- L'intégration socio-sanitaire n'est pas une question facile à résoudre, même dans les cas où, comme en Finlande, il existe un « Ministère des Affaires sociales et de la santé », sont présents d'importants problèmes d'intégration. Les deux secteurs (social et sanitaire) par exemple, **ont des budgets séparés**, ce qui rend encore plus difficile la conception d'une stratégie de travail intégrée (Marja Tuomi).
- En ce qui concerne l'Irlande, l'importance de la **correspondance des zones géographiques de compétence pour la fourniture des services** est confirmée. En effet, actuellement dans ce pays il arrive que les utilisateurs fassent référence à une zone territoriale pour les services sanitaires et une autre pour les services sociaux. Cela est vrai par exemple pour ce qui concerne les services de médecine générale et les services de santé mentale, qui sont organisés en fonction d'exigences politiques plutôt qu'en fonction des besoins et des intérêts des utilisateurs finaux. Un autre exemple cité par les participants irlandais concerne le manque de moyens. Pour rationaliser l'adaptation des domiciles aux exigences des personnes à mobilité réduite, il a été convenu entre les services sociaux et sanitaires que, avant de procéder aux éventuels travaux de modification de l'espace domestique, un ergothérapeute doit s'occuper d'évaluer les

besoins effectifs. L'initiative semblait très rationnelle en théorie, mais, en pratique il est arrivé que – le nombre d'ergothérapeutes pouvant effectuer cette opération étant insuffisant – les listes d'attente se sont énormément allongées, même pour des interventions très simples, si bien qu'il s'est produit que certaines personnes ayant demandé ce service soient mortes avant même que l'évaluation de l'ergothérapeute ne soit faite. Cela est fortement lié au fait de donner des responsabilités aux professionnels au lieu de reconnaître que, parfois, les utilisateurs possèdent assez de connaissances et d'expérience pour prendre eux-mêmes les décisions. Nous soulignons donc la nécessité de donner de la souplesse au système de façon à ce que les besoins réels des utilisateurs soient toujours pris en considération. (Frank Goodwin)

- Les autres partenaires ont également exprimé leur accord sur la nécessité d'un **système flexible**. Les équipes pluridisciplinaires peuvent répondre efficacement dans certains cas complexes tandis qu'il faudrait simplifier l'approche des cas les plus simples pour éviter la création de longues listes d'attente et les retards de réponse aux besoins des utilisateurs.
- Aux Pays-Bas, les services sociaux et sanitaires travaillent séparément, sans aucun plan à court terme pour les intégrer. Ce pays possède un système sur deux niveaux : tous les services de soins primaires (comme par exemple les médecins de famille, les hôpitaux et les cliniques) sont financés par une assurance privée obligatoire, tandis que l'assistance aux personnes âgées, malades terminaux, malades psychiatriques, etc., est couverte par une assurance sociale financée avec les fonds provenant de la fiscalité. L'assurance privée n'est pas liée aux services sociaux ou sanitaires locaux ou nationaux. Dans ce contexte, la

responsabilité retombe sur les utilisateurs devant trouver eux-mêmes des solutions pour intégrer effectivement les deux aspects, social et sanitaire. De plus, les participants des Pays-Bas ont présenté une bonne pratique hollandaise d'intégration socio-sanitaire réalisée à petite échelle, dans différents quartiers, par des organisations de soignants professionnels et informels qui travaillent aux côtés des opérateurs sociaux. Cette expérience peut être considérée comme une bonne pratique d'intégration socio-sanitaire mais peut aussi créer la confusion chez les utilisateurs car elle porte au développement de différents services en fonction de la communauté dans laquelle on



vit. [De plus amples informations sur cette expérience figurent dans le procès-verbal du séminaire qui s'est tenu en Hollande – voir ci-dessous].

Séminaire en Finlande – Helsinki – 27 janvier 2014

Le séminaire en Finlande a été organisé à la veille d'un séminaire européen sur la maltraitance des personnes âgées, permettant de cette manière de mettre également à profit la présence d'ONG actives dans le domaine de la vieillesse, venant d'Irlande et de Roumanie, augmentant donc la portée de l'évènement. Les représentants finlandais venaient essentiellement d'ONG travaillant dans le secteur des personnes âgées et représentaient les services sociaux et sanitaires de certaines communes.

Le séminaire, sur le modèle des précédents, a été divisé en deux parties : une présentation des résultats du projet puis des discussions avec les participants autour de la question suivante : *Maintenant que vous connaissez les résultats du projet et les facteurs clés identifiés en Italie pour réaliser l'intégration socio-sanitaire, pensez-vous que ces éléments puissent être également utilisés dans vos pays ? En pensant à la situation de votre pays, quelles sont les modifications (ajouts ou changements) que vous apporteriez ?*

Nous présentons ci-dessous les principaux éléments qui sont ressortis de la discussion.

Ce sont les participants **finlandais**, qui ont fait les premiers commentaires, soulignant :

- Les problèmes existants dans les **relations entre les professionnels du domaine social et sanitaire**. Le nombre de médecins, notamment ceux spécialisés en gériatrie, est considéré comme insuffisant et il est difficile d'avoir la possibilité de parler avec eux. Les participants ont souligné la nécessité d'une formation commune entre les professionnels du domaine social et sanitaire, bien que les structures sanitaires, d'après eux, sont actuellement plus conscientes des défis que doivent relever les personnes frappées de démence sénile et qu'elles ont prévu un parcours de formation spécifique pour les infirmiers/infirmières qui s'occupent de ces patients, incluant également dans leur cursus des thèmes sociaux.
- Un autre aspect problématique souligné par les participants finlandais est la **forte médicalisation de l'assistance aux personnes âgées**, souvent on oublie que les

personnes âgées font partie d'une famille et qu'il faut aussi prendre en considération les possibles problèmes sociaux. Le soutien fourni aux personnes âgées concerne essentiellement l'amélioration des conditions sanitaires liées à des troubles ou maladies. D'après les participants, en Finlande le nombre d'assistants sociaux spécialisés en gérontologie est peu élevé et ils ne possèdent pas de compétences suffisantes pour travailler avec les personnes âgées. Le passage d'une assistance de type social à une assistance principalement de type sanitaire est lié au manque de fonds. Dans les années 80, il existait un service à domicile prévoyant que les infirmières participent également aux tâches ménagères, elles faisaient les courses avec les patients, etc. L'infirmier/e passait au moins une heure avec le patient et disposait de suffisamment de temps pour se concentrer sur la qualité de la vie de la personne âgée. À l'heure actuelle, en revanche, les services infirmiers sont des services de base, si bien que chaque infirmier voit de 5 à 8 personnes par jour et jusqu'à 15 pendant les services de nuit. Pendant le week-end, seules les activités indispensables sont assurées et les infirmiers/infirmières peuvent travailler même avec 20 personnes par jour. Contrairement aux années 80, aujourd'hui la plupart des personnes bénéficie d'une aide à domicile seulement pour l'administration des médicaments.



- L'une des bonnes pratiques rapportées est l'expérience finlandaise d'intégration entre assistance à domicile et résidences d'assistance/hôpitaux qui, actuellement, sont gérées par un **seul assessorat** (services sociaux et sanitaires ensemble). Au départ, les médecins s'étaient déclarés contraires à cette union car ils préféraient dépendre du service sanitaire mais, aujourd'hui, cette solution semble fonctionner parfaitement.
- En ce qui concerne la **prise en charge** de ces services, les communes finlandaises font appel à des organismes privés mais l'évaluation des besoins est toujours effectuée par les communes dans une optique d'écoute attentive des utilisateurs et des familles ayant une certaine marge de choix par rapport aux services disponibles.

Les commentaires suivants ont été faits par les participants **irlandais** :

- En Irlande, **l'assistance sociale est gérée par le département de la santé** mais n'est pas très développée. Les citoyens ont droit à l'assistance sanitaire mais pas à celle sociale. Suite à la récente crise économique, si l'on n'est pas déjà insérés dans le système il est actuellement difficile d'obtenir l'assistance à domicile, laquelle est fournie en fait seulement en cas de sortie d'hôpital. Comme en Finlande, en Irlande chaque aire sanitaire locale dispose actuellement de quatre fournisseurs de services agréés. Les utilisateurs ont accès à la liste des fournisseurs de leur zone et peuvent donc exprimer leur préférence pour l'un d'entre eux, s'il est disponible. En revanche, pour ce qui concerne les établissements résidentiels, les participants ont souligné que, habituellement, les médecins ne sont pas présents parmi le personnel de ceux-ci.
- En Irlande, les ONG, soutenues financièrement par l'État, jouent un rôle important dans la fourniture des services. En effet, les **communes ne fournissent pas directement certains services**, elles n'exercent donc aucun contrôle sur ceux-ci et ne les supervisent pas.
- **En Irlande, les médecins de famille sont essentiellement des professionnels privés** et leurs prestations ne sont pas gratuites. Cependant, la plupart d'entre eux fournit des services de base pour le compte du service sanitaire national aux personnes possédant une Carte médicale (faible revenu ou âgées de plus de 70 ans). Un autre problème souligné en ce qui concerne les médecins de famille est que les personnes ne peuvent pas les contacter après 17 h 00 si bien que, en cas de besoin, elles doivent se rendre directement aux Urgences.

Enfin, en ce qui concerne la **Roumanie** :

- L'assistance aux personnes âgées est, traditionnellement, une responsabilité familiale.
- Les services sociaux sont à la charge des conseils municipaux et, pour cette raison, ils peuvent être très différents en fonction de la zone de référence. L'assistance à domicile et les services d'assistance diurne sont présents mais en nombre très réduit et presque exclusivement dans les grandes villes. Les problèmes concernent **particulièrement les personnes âgées vivant dans les zones rurales**.
- L'État fournit à tous les citoyens un niveau minimum d'assistance sanitaire. Pour les personnes n'ayant aucune couverture d'assurance (par exemple les chômeurs), cela signifie pouvoir obtenir seulement les soins principaux nécessaires en cas d'urgence et

trois jours d'hospitalisation. En supplément, il existe des aides pour les médicaments réservés à certaines catégories d'utilisateurs, par exemple les médicaments pour les personnes souffrant de démence sénile sont complètement gratuits, mais seulement les moins coûteux. D'autre part, il existe de nombreux organismes privés fournissant des services médicaux et d'assistance.

- En ce qui concerne les **professionnels**, la Roumanie ne compte pas beaucoup de gériatres et d'hôpitaux/cliniques spécialisés pour personnes âgées. De plus, a été souligné le problème de l'insuffisance d'opérateurs sociaux dans les hôpitaux et de **l'absence de coopération entre les services sociaux et sanitaires**. En effet, si le patient ou la personne qui s'en occupe se met directement en contact avec les services sociaux pour demander de l'aide, il pourra l'obtenir mais sous forme très réduite. Par exemple, les médecins travaillant dans les hôpitaux n'informent pas les patients de leurs droits et des services dont ils pourraient bénéficier et le recours aux services sociaux ne relève pas de leur responsabilité. De nombreux patients ne demandent pas les services car ils ne savent pas qu'ils existent.
- **Les professionnels du domaine social ne sont pas impliqués dans l'évaluation des besoins.**

Séminaire en Estonie – Tallin – 31 janvier 2014

23 personnes, représentant les organisations de soignants, ONG, administrations locales, universités et organismes de formation, fournisseurs de services ont participé au séminaire en Estonie.

Le séminaire, sur le modèle des précédents, a été divisé en deux parties : une présentation des résultats du projet puis des discussions avec les participants autour de la question suivante : *Maintenant que vous connaissez les résultats du projet et les facteurs clés identifiés en Italie pour réaliser l'intégration socio-sanitaire, pensez-vous que ces éléments puissent être également utilisés dans vos pays ? En pensant à la situation de votre pays, quelles sont les modifications (ajouts ou changements) que vous apporteriez ?*

Nous présentons ci-dessous les principaux éléments qui sont ressortis de la discussion avec les participants estoniens.

- En ce qui concerne la question des financements, un problème considéré comme tout particulièrement important, est lié **à la manière, différente, de financer les services sociaux et les services sanitaires**. Les services sociaux relèvent de la responsabilité des communes lesquelles, dans la plupart des cas, ne possèdent pas suffisamment de fonds pour garantir un nombre approprié de services et un niveau de qualité minimum.
- Lorsqu'un individu sort de l'hôpital, la responsabilité passe du secteur sanitaire aux communes qui, non seulement ne possèdent pas suffisamment de fonds mais, dans la plupart des cas, n'ont pas assez de compétences pour prendre soin de l'individu. De plus, comme dans d'autres pays, en **Estonie les services sociaux et ceux sanitaires ne dialoguent pas entre eux**.
- En ce qui concerne les professionnels, le nombre de généralistes est insuffisant pour la population et on a l'intention de les rassembler dans les mêmes structures, ce qui portera



à de grandes différences en termes de joignabilité des médecins entre les différentes zones du pays. Les habitants des **zones rurales** peuvent être contraints à parcourir 80 km pour une visite médicale.

- À la différence de l'Italie, **les médecins de famille peuvent rarement être considérés comme un pilier de l'intégration socio-sanitaire** car ils travaillent principalement en tant que professionnels indépendants, proposant des prestations payantes et une approche « d'entreprise » orientée vers le profit. De plus, ils ne dépendent pas du public, il est donc difficile de les impliquer dans des processus intégrés.
- Actuellement, en Estonie, l'une des priorités dans le domaine sanitaire est le thème de l'**e-health** (santé électronique), largement utilisée également comme moyen de contrôle des médecins et des patients (par exemple il est possible de suivre une prescription médicale d'un médecin pour vérifier si le patient a acheté les médicaments qui lui ont été prescrits). D'autre part, cependant, l'utilisation de la technologie dans le domaine socio-sanitaire peut être considérée comme une forme de discrimination envers les personnes qui, à cause de leur âge, leur instruction ou d'autres raisons, sont victimes du *digital divide*.
- En référence à la **formation des professionnels dans le domaine social et sanitaire**, il y a cinq ans, a été créé un nouveau cursus de formation professionnelle associant compétences sanitaires et compétences sociales de base. À l'heure actuelle, ce profil professionnel ne s'adresse pas spécialement aux personnes âgées mais l'introduction de cette spécialisation a déjà été planifiée. D'autre part, en ce qui concerne les profils les plus élevés, aucun parcours de formation intégrant des compétences sociales et sanitaires n'est actuellement disponible, même s'ils seraient considérés très utiles.

Séminaire en Espagne – Barcelone – 20 février 2014

Le séminaire de Barcelone s'est déroulé dans l'Auditorium de l'Assessorat à la Santé du Gouvernement de la Catalogne, avec la collaboration de l'assessorat lui-même. Le séminaire a été présenté par M. Toni Dedeu, Senior International Officer du Département de la Santé et présidé par M. Albert Ledesma, Directeur des services de prévention et soin pour la chronicité.

Intervenants : M. Alessandro Pigatto, Directeur des Services Sociaux et de la Fonction Territoriale – Unité sanitaire locale Aulss 16 Padoue et Responsable de la Coordination des Directeurs des Services Sociaux et de la Fonction Territoriale de la région Vénétie ; Mme Anna Banchemo, Responsable de la coordination technique des politiques sociales de la région Ligurie ; M. Frank Goodwin, Président d'Eurocarers ; Mme Sara Santini d'INRCA ; Mme Loredana Ligabue d'« Anziani e Non Solo » société Coopérative et Mme Ester Sarquella, Directeur des Services Sociaux et de Citoyenneté de l'Aire de La Plana.

48 personnes ont participé au séminaire, il s'agit principalement de représentants des services sociaux et sanitaires, d'assistantes sociales et opérateurs des soins primaires

Note : pendant le séminaire, la société Connecting Brains (www.connectingbrains.es) a réalisé une synthèse visuelle de l'évènement, qui a été très appréciée. À la fin de celui-ci, tout le monde a pu voir en images les questions traitées pendant le séminaire.



1- Synthèse visuelle réalisée par Connecting Brains

Une vidéo de la rencontre est également disponible à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=8Pho2dSnUBY&feature=youtu.be>

Suite à la présentation des résultats du projet et d'un exemple de la Catalogne (commune de Tona) sur l'intégration des services sociaux et sanitaires au niveau local (téléchargeable à l'adresse <http://tinyurl.com/sarquella>) la discussion a été ouverte.

Pour commencer, M. Pigatto de la région Vénétie a fourni des informations supplémentaires en réponse à une question de M. Joan Carles Contel (Prévention de la Chronicité et Programmes d'Assistance auprès de la Direction Générale de la Programmation et de la Recherche du Gouvernement Catalan) lequel a demandé que soit expliqué de façon plus approfondie comment a été réalisé le processus d'intégration dans les différentes régions italiennes. M. Pigatto a expliqué que plusieurs modèles sont présents en Italie, même dans la région Vénétie, et on peut distinguer différents niveaux de développement de l'intégration (au moins 4/5 modèles différents sur 21 districts dans la région). Par exemple, en ce qui concerne le dossier électronique, une loi régionale établit que chaque district doit en développer un mais chacun d'entre eux peut choisir la somme à investir, créant ainsi différents niveaux de développement. Il en est de même pour la télémédecine. L'un des emplois prévus du dossier électronique est de rassembler des informations utiles pour contrôler l'efficacité des services fournis et cela devrait inclure la satisfaction des utilisateurs mais aussi le consentement politique et des institutions.

Certains modèles sont fortement intégrés et d'autres non. Les principaux obstacles au développement identifiés sont : (1) la loi sur la protection des données personnelles, qui est très rigoureuse et (2) le besoin de négocier chaque chose avec les médecins de famille car ce sont des professionnels indépendants et pas des salariés de l'administration publique.

M. Albert Alonso, MD, PHD, Vice-président de l'IFIC, Direction de l'Innovation de la Clinique Hospitalière de Barcelone, a commenté et convenu que l'intégration sociale et sanitaire est une question complexe. Il a apprécié les bonnes pratiques européennes du point de vue de l'analyse qualitative, qui fournit réellement des éléments de transportabilité bien qu'il pense qu'il existe toujours un certain niveau de faiblesse dans les évidences des approches qualitatives et quantitatives, ce qui comporte la nécessité de s'orienter plus sur les résultats que sur les procédés.

Plus généralement, comme l'a déjà affirmé M. Albert Alonso, les personnes participant au séminaire pensent que le projet et ses résultats (les Lignes Directrices) auraient pu être plus ambitieux ; par exemple, en considérant le **niveau d'intégration souhaitable**. De plus, on souligne le fait que **l'intégration sociale et sanitaire devrait être développée toujours en**

tenant compte d'un certain niveau de flexibilité et de mise en situation car il est impossible de trouver des solutions convenant à tous les différents contextes et les différentes situations.

M. Toni Dedeu, Responsable International Senior pour le secteur Relations et Coopération internationales, du Département de la Santé de la Catalogne, a commenté le fait que **l'intégration entre les services sociaux et sanitaires** (la synergie entre ces deux cultures) **est un problème soulevé dans différents pays d'Europe pour lequel les solutions sont, pour l'instant, peu nombreuses.**

En ce qui concerne l'importance de la **technologie**, l'échange d'informations est considéré comme l'aspect le plus facile à développer et constitue déjà une réalité dans différents contextes. Il est vrai qu'il existe le problème de la confidentialité des données mais l'UE s'en occupe déjà. En effet, M. Toni Dedeu a informé les participants qu'une directive européenne a été préparée (elle devrait être prête dans quelques années) pour régler ce problème. Elle sera obligatoire et homogène dans toute l'Europe. Cela contribuera à permettre d'effectuer des validations plus rigoureuses et des études plus homogènes.

M. Albert Ledesma, Directeur de Programme pour la Prévention et l'Assistance des malades chroniques a expliqué que la Catalogne travaille à un nouveau programme dans lequel « **le changement culturel** » entre les deux piliers (social et sanitaire) **est l'un des principaux thèmes, associé à la façon de gérer les flux de financement d'un pilier à l'autre.** Ils ont commencé à travailler par le bas, en apprenant avant tout comment partager les connaissances et les expériences avec la participation des personnes.

Séminaire en Slovénie – Lubiana – 27 février 2014

Des représentants du Ministère de la Santé et du Ministère des affaires sociales, de la commune de Lubiana, de certaines ONG et des fournisseurs de services ont participé au séminaire en Slovénie.

Après la présentation des Lignes Directrices AIDA, le programme prévoyait deux interventions des Ministères, auxquels il a été demandé d'exprimer leur point de vue sur les défis pour l'intégration sociale et sanitaire. Après ceci s'est tenue une discussion avec les participants.

M. Mojca Gobec, Médecin et Directeur du Département de la Santé Publique près le Ministère de la Santé, a expliqué qu'en Slovénie la santé et le Welfare sont actuellement gérés par deux Ministères séparés avec des politiques séparées. Malgré cela, il existe des recommandations et documents communs car il existe une nécessité évidente d'affronter cette question et même de la part de l'UE subsiste l'indication claire que la Slovénie doit affronter cette question de façon plus intégrée. En effet, depuis de nombreuses années, la **Slovénie discute d'une proposition de loi concernant l'intégration de l'assistance à domicile** mais cette loi n'a pas été approuvée par le parlement faute de fonds. D'autre part, au cours des dernières années ont été effectuées des expériences de procédés novateurs pour l'intégration comme priorité dans l'utilisation des **fonds structurels de l'UE** et, dans ce cas, la programmation a été faite avec le Ministère des Affaires Sociales.



À l'heure actuelle, le défi principal que l'on doit relever est lié au fait que l'assistance sociale et sanitaire en Slovénie est un système traditionnellement très centralisé, bien que les communes en sont formellement responsables. Donc, même s'il existe la nécessité d'unir ces deux services au niveau local et bien que subsistent des exemples de bonnes pratiques, ceux-ci ne sont pas cohérents et systématiques et ne peuvent pas être pris en compte comme standards. Le gouvernement craint que **les communes les plus petites n'aient pas encore assez de capacité pour développer ce processus** même si, en réalité, on a la nette sensation que les professionnels travaillant dans les services de première importance (comme les infirmiers/infirmières libéraux) se rendent bien compte qu'un travail intégré avec les services

sociaux est nécessaire et que, au niveau individuel, ils trouvent déjà des manières de le développer.

En ce qui concerne le thème de la continuité de l'assistance, ils affirment qu'elle est bien organisée au niveau de la sortie d'hôpital. Les services sociaux font partie des services hospitaliers, si bien que lorsqu'une personne sort, ils peuvent intervenir tout de suite. De plus, par rapport aux autres pays d'Europe, la Slovénie connaît une forte institutionnalisation (actuellement les structures accueillent plus de 60 000 personnes, 18 000 dans les services communautaires et 20 000 dans différentes formes d'aide informelle). En Slovénie, il existe différents services comme les unités de soins à long terme, les hôpitaux et maisons de santé qui accueillent les patients après leur sortie de l'hôpital, **dans lesquelles il existe un bon niveau d'intégration entre les services d'assistance sociale et sanitaire**. Les patients ont aussi la possibilité d'être assistés à domicile mais, dans ce cas, l'intégration s'avère plus problématique car ce serait un infirmier/infirmière qui prodiguerait les soins (cette personne serait payée par l'assurance sanitaire) et l'assistance personnelle relèverait de la responsabilité des communes, si bien que se rencontreraient deux professionnels dépendant d'organisations différentes.

Les **cursus** professionnels sont **fortement orientés au niveau sanitaire ou social**. Au niveau pratique, les professionnels travaillent de façon intégrée mais n'ont jamais reçu de formation en ce sens. Aussi bien dans le domaine social que sanitaire, on perçoit le besoin de développer de **nouveaux cursus** comprenant des compétences pour l'assistance sur le long terme (par



exemple en associant des connaissances d'infirmierie, de communication et des capacités sociales). En comparant le personnel avec celui des autres pays d'Europe, pour le moment le manque de personnel qualifié dans le secteur de l'assistance n'est pas ressenti, même si l'on prévoit que ce problème se

posera dans l'avenir.

Le second rapporteur a été M. **Davor Dominkuš**, Directeur du Département des Affaires Sociales auprès du Ministère du Travail et des Politiques Sociales, qui a dès le départ souligné que l'actuelle organisation politique des services en Slovénie prévoit **deux niveaux : celui de l'État et celui local, sans aucun niveau intermédiaire**.

Dans ce pays, les communautés locales sont très petites, avec quelques centaines d'habitants, elles n'ont pas la capacité d'assurer les tâches qu'elles devraient assurer. De plus, au niveau local, il serait très difficile d'intégrer les différents services car il n'y a pas assez de personnel et il n'est pas suffisamment formé pour organiser et gérer cette collaboration. Du point de vue du Ministère, donc, de nombreux accords ont été pris au niveau national mais, au niveau pratique, il n'a pas été possible de les mettre à exécution. De plus, de grosses différences subsistent à l'intérieur du pays. Politiquement, on a longtemps pensé à la possibilité d'ajouter un niveau intermédiaire, celui régional, mais les responsabilités, les financements, etc. sont encore l'objet de discussions. M. Dominkuš a mis en relation la situation actuelle avec l'histoire du pays, expliquant que lorsque la Slovénie a obtenu l'indépendance il y a eu une grande discussion sur la manière d'organiser le système de protection sociale. On voulait donner plus de responsabilités au niveau local mais le fait que les communautés locales n'étaient pas en mesure d'affronter cette tâche suscitait l'inquiétude. Ainsi, on a décidé de centraliser les responsabilités et de les transférer par la suite au niveau décentralisé mais cela n'a pas encore eu lieu.

Par la suite, il a souligné le défi créé par le système de financement. Les services du système sanitaire sont soutenus par l'Institut National d'assistance sanitaire et les personnes payent une cotisation par l'intermédiaire d'une assurance obligatoire. D'autre part, les services sociaux sont financés par la fiscalité au niveau national ou local. **Il est particulièrement difficile d'associer le financement de ces deux systèmes**, notamment en cas d'assistance à long terme. Cette diversité financière crée des difficultés dans l'intégration de la fourniture des services car il est difficile de la programmer et la coordonner.

Ils sont conscients de l'importance de la coopération et du fait qu'ils ne devraient pas travailler séparément, mais il manque un système permettant cette collaboration. Ils ont également besoin de structures formelles pour coordonner le système, afin de pouvoir collaborer de façon optimale. Cependant, la conscience de l'importance de travailler ensemble est très forte, et ils essaient de mettre en application cette collaboration avec des projets concrets.

Pour conclure, M. Dominkuš s'est déclaré d'accord avec l'idée que, pour intégrer les services, il **faut modifier le système d'éducation et former du personnel soignant informel dans les deux domaines** (social et sanitaire).

Ensuite, la parole a été donnée aux participants au séminaire, qui ont exposé essentiellement les points suivants : (1) le besoin de **renforcer le personnel soignant informel**, chose qui devrait

être considérée comme un investissement qui retournera en termes de capacité et de participation à une assistance efficace ; (2) le rôle important joué par les **TIC** dans le support de l'assistance à long terme.

Séminaire en Hollande – Bois-le-Duc – 6 mars 2014

Le séminaire en Hollande a été significativement différent des précédents car axé autour d'une expérience spécifique, le Groupe de District de la Commune de Bois-le-Duc (Wijkteam Helftheuvel). Les participants au séminaire étaient les professionnels travaillant dans ce service ainsi que trois spécialistes du Knowledge Center Movisie.

Après la présentation des lignes directrices d'AIDA, les participants de Movisie ont brièvement expliqué que **le thème de l'intégration sociale et sanitaire figure actuellement dans l'agenda des politiques en Hollande**. Par exemple, une commission a été créée pour revoir tous les cursus de formation dans le domaine social et sanitaire en vue de renforcer les compétences d'intégration et une discussion a été entamée sur le thème de l'intégration sociale et sanitaire pour les soignants familiaux, où est mise en discussion la prédominance de l'aspect sanitaire dans les soins.

L'activité du Groupe de District a ensuite été présentée. Créé en mai 2013, ce groupe rassemble des professionnels de différents domaines (assistance sociale, assistance sanitaire, développement de communautés...) rémunérés par la commune et travaillant sur le terrain avec deux objectifs principaux : a) aider les individus vulnérables à différents niveaux (social, sanitaire, financier, ...) et b) impliquer et mettre en rapport la communauté locale. Le groupe, composé de 10 professionnels, travaille sur une zone comprenant environ 20 000 habitants et, tout en collaborant avec les autres, chaque professionnel est responsable d'un secteur bien défini comprenant environ 1 000 habitants de façon à créer des rapports de confiance avec les personnes. L'approche d'intervention est principalement celle du coaching et de la responsabilisation des utilisateurs, associés à la recherche de la solution la plus « proche » et avantageuse. On a recours à l'assistance spécialisée seulement si cela est vraiment nécessaire, mais, habituellement, on essaie de « normaliser » le plus possible la situation.

Le Groupe de District a été considéré intéressant pour AIDA car il peut être considéré comme un exemple concret de développement de l'intégration socio-sanitaire à l'échelle d'une communauté.

Avant tout, **le groupe est composé de professionnels de différentes disciplines** (une infirmière de communauté, un opérateur social, des professionnels ayant de l'expérience dans le domaine des maladies mentales et des handicaps, ...) qui travaillent ensemble, partageant et intégrant leurs capacités. Chaque semaine se tient une rencontre du groupe au cours de laquelle sont présentés et discutés les nouveaux cas mais chaque travailleur, bien que responsable d'une zone bien définie, peut s'adresser à d'autres lorsqu'il considère qu'il est nécessaire de s'adresser à quelqu'un de plus spécialisé. Le groupe décrit le travail commun comme une valeur ajoutée et déclare qu'aucune situation critique ne s'est produite pour l'instant. Il est intéressant de rappeler que les membres n'ont jamais participé à une formation commune avant de commencer le programme et que leur approche a été, en substance, un « apprentissage du travailler ensemble » vu que, au départ, chaque cas a été suivi par deux personnes (un opérateur social et un opérateur sanitaire), pour « apprendre à voir avec les yeux de l'autre ».

De plus, le service utilise un **outil d'évaluation multidimensionnel**, une matrice de 11 « domaines de la vie ». Il est important de souligner qu'il s'agit d'un outil d'auto-évaluation utilisé par les utilisateurs avec le support des professionnels, il ne s'agit donc pas d'un outil d'évaluation professionnelle. Cela est dû au fait que, comme nous l'avons dit, on a souhaité responsabiliser les utilisateurs qui réaliseront leur propre Plan d'Assistance Individuel. L'utilisateur (ou un membre de sa famille) prépare une ébauche du Plan et le partage avec le professionnel (et pas le contraire), qui s'occupe de gérer le cas en soutenant l'utilisateur dans la mise en œuvre du Plan.

Pour cela, il faut avant tout rechercher une solution dans l'entourage familial et dans la communauté, en essayant d'encourager le support informel, selon le principe qu'il ne s'agit pas de bénévolat mais d'une situation où « chacun prend soin des autres » dans le voisinage. Les bénévoles, dans ce cas, peuvent aider à résoudre certaines exigences de base comme fournir des soins de répit, aider dans les tâches domestiques, à faire les courses, à prendre soin du jardin, mais aussi traduire pour les immigrés ayant une capacité linguistique réduite.

Si la solution ne peut pas être trouvée dans la communauté, on met en place des services professionnels mais un membre de l'équipe demeure dans tous les cas en contact avec la famille, s'occupant de gérer le cas et jouant le rôle de médiateur.

D'autre part, **ils reçoivent les signalements des services sanitaires et sociaux, comme par exemple des médecins généralistes et, en cas de sortie d'hôpital, ils mettent en place les**

services nécessaires. Au cas où d'autres professionnels seraient concernés, ils s'assurent que **l'échange d'informations** s'effectue de façon à ce que la personne ne doive pas être réévaluée (bien que cela soit un problème pour certains professionnels). Ils peuvent agir de cette manière car, lorsqu'ils prennent en charge un cas ils demandent à l'utilisateur l'autorisation de partager les informations le concernant avec les autres opérateurs.

En ce qui concerne l'utilisation des **TIC**, ils travaillent avec les utilisateurs en utilisant des tablettes. L'auto-évaluation, par exemple, s'effectue en ligne en utilisant cet outil, qui est considéré beaucoup plus *user-friendly* et personnel par rapport à un ordinateur car le travailleur ne doit pas s'asseoir derrière un écran et il peut même être utilisé par des personnes ayant de faibles connaissances de la technologie.

Il est prévu, dans l'avenir, d'utiliser les TIC également pour collecter et partager les informations et pour créer une base de données de « besoins/ressources » mais ce procédé est encore en cours de développement.

Il existe des groupes comme celui-ci dans tout le pays, même si les communes n'ont pas l'obligation de les mettre en place, le gouvernement central les « recommande fortement ». L'innovation et le point fort du groupe de Bois-le-Duc est le partage des responsabilités des professionnels en fonction des zones géographiques. Selon eux, cela fait la différence lorsque l'on sort dans la rue et l'on est reconnu par les gens (ils portent même un uniforme), rendant ainsi plus simple la collecte des informations et le suivi des conditions des utilisateurs. En 8 mois, le groupe de Bois-le-Duc a travaillé sur environ 300 cas et, bien que le service soit trop récent pour en mesurer l'impact, les résultats sont considérés très prometteurs.

Pour conclure, le groupe a discuté sur le thème de la **gestion intégrée des fonds** pour l'assistance sociale et sanitaire citée dans les lignes directrices comme point clé pour une intégration réussie. À l'heure actuelle, la Hollande va dans une direction opposée. Dès le mois de janvier 2015, les compétences et les financements pour l'assistance seront divisés entre trois acteurs principaux : l'assurance sanitaire, une assurance qui couvrira l'assistance personnelle et les communes seront responsables du welfare. L'idée sur laquelle se base la décision de séparer le welfare et l'assistance est de considérer cette dernière comme un thème complexe pour le développement de laquelle les communes n'auraient pas les capacités nécessaires.

aida