



Services sociaux intégrés en Europe



Council of Europe Publishing
Editions du Conseil de l'Europe

Services sociaux intégrés en Europe

**Rapport préparé par Brian Munday,
université de Kent (Royaume-Uni),
consultant du Groupe de spécialistes
sur la participation des usagers aux services sociaux
et sur la prestation de services sociaux intégrés (CS-US)**

Edition anglaise :
Integrated social services in Europe

ISBN 978-92-871-6209-0

Les vues exprimées dans cet ouvrage sont de la responsabilité de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement la ligne officielle du Conseil de l'Europe.

Tous droits réservés. Aucun extrait de cette publication ne peut être traduit, reproduit ou transmis, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit – électronique (CD-Rom, internet, etc.), mécanique, photocopie, enregistrement ou de toute autre manière – sans l'autorisation préalable écrite de la Division de l'information publique et des publications, Direction de la communication (F-67075 Strasbourg Cedex ou publishing@coe.int).

Pour plus d'information concernant le domaine de l'accès aux droits sociaux, veuillez contacter :

Karl-Friedrich Bopp, chef de la division
Accès aux droits sociaux, Service des politiques sociales
Conseil de l'Europe
67075 Strasbourg Cedex
E-mail : karl-friedrich.bopp@coe.int
<http://www.coe.int>
<http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialrights/>

Couverture : atelier de création graphique du Conseil de l'Europe

Editions du Conseil de l'Europe
F-67075 Strasbourg Cedex
<http://book.coe.int>
ISBN 978-92-871-6208-3

© Conseil de l'Europe, septembre 2007
Imprimé dans les ateliers du Conseil de l'Europe

Nous sommes les parents de jumelles âgées de 5 ans qui présentent toutes deux certaines difficultés d'apprentissage. Jenny est aussi atteinte d'autisme. Le nombre de professionnels et d'organismes avec lesquels nous devons rester en contact est pour nous source d'une très grande confusion. Voici les professionnels que nous voyons régulièrement : médecin généraliste, infirmière conseil, orthophoniste, ergothérapeute, psychiatre, psychologue, enseignant, assistant d'enseignement, ophtalmologue, audiologiste et personnels administratifs – pour n'en citer que quelques-uns.

Nous avons parfois le sentiment d'être perdus. Nous ne comprenons pas quels sont les rôles respectifs de nos interlocuteurs et les rendez-vous se chevauchent fréquemment. Est-ce que quelqu'un ou un système quelconque pourrait simplifier les choses¹ ? »

1. Midland Health Board Executive Summary, 2003. Parents "Olive et Peter" dans *Developing a model for integrated primary, community and continuing care*.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	7
1. Introduction	9
1.1. Mandat du projet	9
1.2. Méthodes de travail	9
2. L'intégration des services sociaux dans le contexte européen	10
2.1. Définitions	10
2.2. Arguments en faveur de l'intégration des services sociaux	14
2.3. Pour une « désintégration » des services sociaux ?	16
3. Examen d'autres travaux sur les services sociaux intégrés	17
3.1. Données et évaluation	17
3.2. Théories et concepts utiles	21
4. Modèles d'intégration des services sociaux et de santé	34
4.1. Modèles et approches de l'intégration	34
4.2. Obstacles à l'intégration	42
5. L'intégration des services sociaux en Europe	43
Bibliographie	85
Annexe I : Lignes directrices pour l'élaboration et la mise en œuvre de modèles intégrés de services sociaux	89
Annexe II : Membres du groupe de travail	99

RÉSUMÉ

Raison d'être et mission du projet

L'intégration de certains services publics est de plus en plus un enjeu de politique générale majeur pour les gouvernements européens ; ces derniers se sont aperçus, en effet, que bien souvent le cloisonnement des services ne répond pas au mieux aux intérêts des usagers et de leur famille/auxiliaire de vie. Des services distincts peuvent aussi s'avérer plus onéreux.

Le projet a pour but principal de faire le bilan des mesures prises actuellement dans toute l'Europe afin d'intégrer les services, en se concentrant sur les avantages de cette intégration pour les groupes les plus vulnérables et sur le renforcement de la cohésion sociale ; il vise également à élaborer des principes directeurs.

Public ciblé

Le rapport et les principes directeurs ont pour objet d'aider les décideurs aux niveaux national et local, les prestataires de services et les usagers à concevoir et mettre en œuvre des politiques et pratiques d'intégration efficaces.

Définition de l'« intégration »

Le terme *intégration* renvoie non pas à une stratégie unique mais à une série de stratégies ou méthodes visant à renforcer l'efficacité et la coordination entre les différents services, pour essentiellement les rendre plus performants au profit des usagers. L'intégration peut aussi être avantageuse en terme de coût. Il n'y a pas, en la matière, de « formule unique » car beaucoup dépend des circonstances et des possibilités.

Principaux thèmes du rapport

Les thèmes du rapport sont les suivants :

- les principaux avantages d'intégrer les services sociaux à des services tels que la santé, assortis d'une présentation des arguments en faveur d'un statut distinct des services sociaux ;
- un vaste tour d'horizon des études transnationales et des contributions nationales individuelles concernant l'approche plus théorique et scientifiquement fondée de l'intégration des services ;

- la description d'un large éventail de stratégies d'intégration des services, allant d'une intégration structurelle majeure, partant de l'administration centrale vers les échelons inférieurs, à une coopération ad hoc informelle entre les praticiens au niveau local. Quelques-uns des principaux obstacles à l'intégration sont recensés ;
- un chapitre important du document dans lequel les pays rendent compte individuellement des principaux aspects de l'intégration des services sociaux en donnant, dans de nombreux cas, des exemples d'initiatives qui vont de programmes nationaux à de petits projets locaux.

Principes directeurs pour la conception et la mise en œuvre de modèles intégrés de services sociaux

Ces principes directeurs, également disponibles sous forme de document distinct, mettent l'accent sur les thèmes clés suivants :

- les avantages de l'intégration des services sociaux ;
- les facteurs déterminants du succès des programmes d'intégration ;
- les difficultés de l'intégration des services sociaux ;
- les modèles et méthodes d'intégration ;
- les programmes nationaux d'intégration ;
- l'évaluation et le suivi.

Une bibliographie et quelques sites web utiles figurent à la fin de cet ouvrage.

1. Introduction

1.1. Mandat du projet

Le mandat du projet a été établi dans les termes suivants par le CDCS :

1. examiner les travaux en cours en ce domaine ;
2. identifier les « bonnes pratiques » en Europe et en particulier la manière dont celles-ci facilitent l'accès des catégories les plus vulnérables aux droits sociaux, en renforçant ainsi la cohésion sociale ;
3. développer des lignes directrices pour les politiques ;
4. élaborer des matériaux méthodologiques pour la promotion de lignes directrices et de bonnes pratiques auprès des acteurs concernés.

Dans son travail, ainsi que dans son rapport, le groupe de projet s'est conformé étroitement aux termes de ce mandat.

Le projet a son origine dans l'important travail que mène depuis de nombreuses années le Conseil de l'Europe dans le domaine des droits des citoyens. Ce travail a abouti à la Charte sociale européenne et à la Charte révisée, et plus particulièrement au rapport sur l'« Accès aux droits sociaux en Europe » (2002) qui examine l'application des droits sociaux dans les domaines de l'emploi, de la protection sociale, du logement, de la santé et de l'éducation. Le travail sur « La participation des usagers aux services sociaux » (2004) récemment achevé par le Conseil de l'Europe est en relation directe avec la question complexe de l'intégration des services sociaux et d'autres services importants, comme on le verra dans le présent rapport. L'absence de coordination des services de diverses provenances est en effet l'un des problèmes que mentionnent le plus fréquemment les usagers des services sociaux.

1.2. Méthodes de travail

Un groupe de spécialistes des services sociaux (voir annexe II) a été créé en 2004 afin de travailler, avec un consultant, à la préparation de ce rapport pour le Conseil de l'Europe. La durée fixée pour le projet est de dix-huit mois et le groupe de projet doit se réunir en tout cinq fois.

La méthodologie adoptée pour le projet repose notamment sur l'examen des travaux et études déjà publiés, un questionnaire, la commande d'études spécifiques, les apports de praticiens extérieurs et des contributions très importantes des membres du groupe de projet, en particulier à propos des développements dans chaque pays. Le groupe de projet est

conscient de l'existence de très nombreuses publications traitant, directement ou non, de ce vaste sujet, et de nouveaux matériaux paraissent régulièrement. Ce projet fait un usage sélectif d'autres travaux sur l'intégration en les organisant autour de l'axe principal et d'une gamme très étendue d'exemples et de comparaisons portant de manière spécifique sur l'Europe, y compris les pays d'Europe centrale et orientale.

2. L'intégration des services sociaux dans le contexte européen

2.1. Définitions

Il importe de préciser le sens de deux expressions essentielles, celles de « services sociaux » et de « services sociaux intégrés ».

Services sociaux

Il est difficile de donner une définition des « services sociaux » qui puisse s'appliquer partout en Europe sans trahir la diversité des services et des modèles d'organisation existant sur un territoire aussi étendu. Dans d'autres travaux (voir « La participation des usagers aux services sociaux personnels »), le Conseil de l'Europe ainsi que d'autres acteurs internationaux en ce domaine se servent de l'expression « *services sociaux personnels* » (SSP) pour distinguer ces services d'autres types de prestations relevant de l'aide sociale. Dans ce rapport, pour simplifier, on désignera par « services sociaux » l'ensemble des services relevant plus précisément des « services sociaux personnels ».

Services sociaux personnels

Les services sociaux personnels (SSP) désignent les services normalement fournis aux individus en tenant compte de leur situation et de leurs besoins particuliers, par opposition aux services standardisés qui sont fournis sur la base de l'appartenance à certaines catégories. Les bénéficiaires des SSP comprennent généralement les personnes âgées et les personnes qui en ont la charge, les enfants et leurs familles, et les personnes handicapées. Cependant, des personnes présentant d'autres besoins ou problèmes font aussi appel aux SSP, les critères d'accès – quelles personnes peuvent ou doivent utiliser ces services – variant d'un pays à l'autre. Des services nouveaux sont en outre apparus à l'intention de groupes particuliers

comme celui des malades du sida. Les services sont fournis dans des lieux différents (domicile, centres de jour et établissements de séjour) et par un personnel se composant de travailleurs sociaux, d'assistantes sociales (ou professions apparentées), de gestionnaires de soins, d'aides ménagères, de thérapeutes et d'enseignants de maternelle. Les SSP sont fournis par des organismes publics, qui peuvent relever notamment des autorités locales ou des municipalités, par des organisations non gouvernementales à but non lucratif ou encore par des entreprises commerciales. Les services fournis par les organisations de la société civile et, en particulier, du secteur associatif tiennent à cet égard une place de plus en plus prépondérante.

La question qui se pose fréquemment est celle de savoir dans quelle mesure les SSP se différencient des prestations fournies dans le cadre des services de santé, d'éducation, d'emploi ou de protection sociale. L'évolution des structures organisationnelles, sous la forme par exemple d'une administration séparée au sein des autorités locales – les SSP étant dans ce cas conçus comme distincts – ou bien des dispositifs dans lesquels les SSP sont envisagés avant tout comme un élément d'un continuum constitué par l'ensemble des services de santé, d'aide sociale, de protection sociale et d'emploi, montre les différentes réponses adoptées à ce propos.

Pour Evers (2003) :

« Les services sociaux comprennent tous les services : *a.* qui sont considérés d'une importance particulière pour l'ensemble de la société ; *b.* dans lesquels le contact entre prestataires de services et usagers joue un rôle essentiel. Si l'on se base sur cette définition étendue, les services de santé, d'éducation, d'intégration professionnelle et les services culturels doivent entrer dans le tableau au même titre que les trois secteurs plus classiques représentés par les crèches, les services de soins pour personnes âgées et les diverses catégories plus réduites de services s'adressant à certains groupes à problèmes. »

Les opinions divergent sur la question de savoir s'il est préférable de définir les SSP de façon restrictive ou, au contraire, plus large.

Services sociaux intégrés

Le terme d'« intégration » doit être compris comme s'appliquant à tout un éventail d'approches ou de méthodes visant à parvenir à une meilleure coordination et à une plus grande efficacité des différents services et, par voie de conséquence, à de meilleurs résultats pour les usagers. Ces approches comprennent la coordination des services, la coopération, les partenariats, la collaboration, le travail conjoint ou interprofessionnel,

pour n'en citer que quelques-unes. L'« intégration » est conçue, par conséquent, comme un continuum ou une échelle, le choix des méthodes étant dicté par les besoins, les situations et les possibilités spécifiques. L'expérience montre clairement qu'en matière d'intégration, il ne peut y avoir de « modèle unique » applicable dans tous les cas.

Il existe plusieurs définitions du terme d'« intégration » :

« Sous sa forme la plus complète, l'intégration désigne un système unique de planification et/ou de fourniture des services mis en place et géré conjointement par des partenaires (organismes parents) qui demeurent indépendants du point de vue juridique. La mise en place d'un système unique pour un type particulier de service doit permettre, par exemple, d'unifier tous les aspects essentiels de ce service (mandat, culture, gestion, budgets, locaux, administration et dossiers), et cela à tous les niveaux (équipe, service ou organisme). » (Integrated Care Network, 2004, p. 12)

Les autres approches envisagées pour résoudre les problèmes résultant du cloisonnement des services (problèmes de coordination) restent en deçà de cette forme complète d'intégration.

Selon le projet Procure (2004) de l'Union européenne, les soins intégrés se rapportent à :

« une conception de la prestation des services dans laquelle chaque unité agit en coordination avec les autres afin de parvenir à une meilleure rentabilité, d'améliorer la qualité des services et d'accroître le niveau de satisfaction des usagers et des prestataires de soins. Les moyens employés à cette fin comprennent la lutte contre l'inefficacité à l'intérieur des systèmes de prestation, la mise en valeur du suivi, l'adaptation des services au sein du processus de prestation de soins et la responsabilisation des usagers des services. » (Leichsenring, 2004, p. 15).

Le rapport national de la France élaboré dans le cadre de ce même projet indique ceci :

« Les services intégrés sont un ensemble de services mis à la disposition d'une catégorie particulière de la population ou de l'ensemble de la population d'une aire géographique donnée par une entreprise ou un organisme unique dépendant d'un seul organe de décision. » (p. 18)

Ces deux définitions précisent les éléments et objectifs essentiels des services de soins intégrés. Savoir dans quelle mesure ces services existent aujourd'hui est une autre affaire. L'intégration est comprise dans ces définitions en un sens plus fort que celui qui est généralement associé à des termes comme ceux de « travail conjoint », de « partenariat », de

« coopération » ou de « mise en réseau ». Ces termes et les pratiques correspondantes peuvent sans doute être compris comme des moyens importants d'intégration des services mais ils ne sauraient suffire, en tant que tels, à assurer la réalisation de cet objectif.

Intégration horizontale et verticale

Il peut être utile d'envisager l'intégration à la fois d'un point de vue horizontal et vertical car il s'agit là d'une distinction importante. Dans le domaine de l'aide sociale, l'intégration verticale à l'échelon macro se rapporte aux mesures prises pour parvenir à une coordination plus étroite des politiques et de la gestion des services à différents niveaux (national, régional et local) et, au niveau local, des services en institution, des services dans la communauté et des services à domicile pour diverses catégories d'utilisateurs faisant partie des services sociaux. Le Royaume-Uni, par exemple, a adopté en 1971 une nouvelle loi regroupant dans une agence nouvelle dépendant de l'autorité locale les services sociaux à l'intention des enfants et de plusieurs catégories d'utilisateurs adultes, qui étaient auparavant séparés. Cette loi, cependant, maintenait les services sociaux à l'écart des services de santé et des services d'éducation au niveau local.

Dans le cas des services de santé, l'intégration verticale doit permettre de rapprocher les services hospitaliers, les services cliniques et les services basés dans la communauté. Des soins pluridisciplinaires à forte composante technologique sont de plus en plus souvent nécessaires et les patients doivent traverser des contextes de soins différents ; cela exige que l'ensemble des soins soient mieux intégrés verticalement (voir Delnoij *et al.*, 2002 : cet article montre comment les caractéristiques des systèmes à l'échelon macro – mécanismes de financement notamment – déterminent les modalités d'intégration des services à l'échelon micro, et souligne que « la fragmentation et le manque de cohérence, ainsi que l'incapacité ou le refus de s'engager dans une coopération pluridisciplinaire, sont des problèmes graves qui affectent les systèmes de santé de nombreux pays européens »).

L'intégration horizontale est quelque chose de très différent. Il s'agit des mesures visant à regrouper de grands services publics auparavant séparés comme les services de santé et les services sociaux, principalement dans l'intérêt des usagers de ces services. Cette forme d'intégration est l'axe principal de nombreuses initiatives européennes et constitue l'objet principal mais non exclusif du travail mené dans le cadre de ce projet. Les principaux services avec lesquels il est possible, à des degrés divers, d'intégrer les services sociaux couvrent les domaines suivants : santé, éducation, emploi et prestations en espèces, ainsi éventuellement que certains

services de justice pénale. L'intégration horizontale peut être nécessaire à tous les niveaux, en commençant par l'intégration des ministères séparés au niveau national.

Intégration des différents types de prestataires de services

L'évolution très nette que l'on observe en Europe vers une « économie mixte de l'aide sociale » a des implications très importantes pour l'intégration des services sociaux. L'objectif de l'intégration, en effet, est déjà difficile à réaliser lorsque les services sociaux ou de santé sont fournis *uniquement* par le secteur public. Lorsque les prestataires de services à l'intention d'une catégorie particulière d'utilisateurs incluent des organismes publics, des organisations à but non lucratif et des prestataires commerciaux, l'intégration des services peut – compte tenu des remarques précédentes – être beaucoup plus difficile à atteindre. L'introduction de quasi-marchés et la concurrence entre les divers prestataires complique encore la situation et cela soulève d'ailleurs la question de savoir si la concurrence s'oppose à l'intégration des services. Le terme de « partenariat », par exemple, désigne souvent les tentatives visant à introduire coordination et coopération entre les prestataires publics et non publics de services sociaux.

2.2. Arguments en faveur de l'intégration des services sociaux

Le bref témoignage ci-dessous est représentatif de l'expérience de nombreux utilisateurs des services lorsque ceux-ci sont cloisonnés et non coordonnés entre eux :

« Nous sommes les parents de jumelles âgées de 5 ans qui présentent toutes deux certaines difficultés d'apprentissage. Jenny est aussi atteinte d'autisme. Le nombre de professionnels et d'organismes avec lesquels nous devons rester en contact est pour nous source d'une très grande confusion. Voici les professionnels que nous voyons régulièrement : médecin généraliste, infirmière conseil, orthophoniste, ergothérapeute, psychiatre, psychologue, enseignant, assistant d'enseignement, ophtalmologue, audiologiste et personnels administratifs – pour n'en citer que quelques-uns. Nous avons parfois le sentiment d'être perdus. Nous ne comprenons pas quels sont les rôles respectifs de nos interlocuteurs et les rendez-vous se chevauchent fréquemment. Est-ce que quelqu'un ou un système quelconque pourrait simplifier les choses ? » (Midland Health Board Executive Summary, 2003)

De plus en plus d'éléments – nouveaux textes de loi, projets de recherche, sites internet, conférences, publications – montrent que l'intégration des

divers services publics devient une priorité essentielle des politiques dans de nombreux pays européens. L'accent se porte à cet égard principalement sur les services sociaux et de santé et, dans une moindre mesure, sur d'autres services publics comme ceux de l'éducation et de l'emploi. Comme le montrent les exemples cités dans la suite de ce rapport, cette intégration peut être totale ou partielle : certains services pour enfants des systèmes d'aide sociale et d'éducation peuvent notamment être intégrés alors que d'autres aspects restent séparés.

On trouvera ci-dessous quelques-uns des principaux arguments avancés en faveur de l'intégration des services sociaux à un ou plusieurs grands services publics :

1. *Avantages pour les usagers des services.* Des données de plus en plus nombreuses recueillies dans le cadre d'enquêtes ou auprès des groupes d'usagers montrent que le cloisonnement des services, par exemple le cloisonnement des services sociaux et des services de santé, ne sert pas au mieux l'intérêt des usagers. Une intégration sélective des services aboutit effectivement à de meilleurs résultats pour les usagers, en particulier les usagers qui présentent des besoins complexes et de longue durée comme les personnes âgées. Un autre facteur montrant la nécessité d'une intégration au niveau des usagers des services tient à l'extension et à la complexité croissantes des services dans de nombreux pays. Au fur et à mesure que les usagers gagnent en confiance et en responsabilité, leur expérience et leurs appels à l'intégration des services jouent aussi un rôle accru.

2. *Avantages spécifiques liés à diverses formes d'intégration.* Comme indiqué plus haut, le terme d'« intégration » est un terme générique qui couvre toute une gamme d'approches visant à renforcer la coordination des services dans l'intérêt des usagers. Les avantages généralement mentionnés à ce propos dans les publications spécialisées comprennent :

- la possibilité de répondre plus rapidement à certains besoins ;
- la simplification des processus de décision, notamment en réduisant le nombre de personnes qui y sont impliquées ;
- une meilleure utilisation des ressources ;
- la réduction des problèmes de communication ;
- la satisfaction accrue des usagers des services.

3. *Exclusion sociale et intégration des services.* L'Union européenne et le Conseil de l'Europe accordent tous deux une forte priorité à l'inclusion sociale et à la promotion des droits des citoyens, en particulier à l'égard

des groupes les plus désavantagés et les plus marginalisés de la société européenne. S'attaquer à l'exclusion sociale au niveau à la fois national et local exige normalement l'intégration des services et des politiques afin d'accroître leur impact sur des problèmes sociaux multidimensionnels. Pour reprendre une formule fréquemment citée : « les problèmes multidimensionnels exigent des solutions interministérielles ». Le cloisonnement traditionnel des services est aujourd'hui perçu comme ayant largement échoué à cet égard.

4. *L'intégration est d'un bon rapport coût-efficacité.* La mondialisation et le renforcement de la concurrence internationale placent les Etats devant des choix difficiles et la question se pose de la rentabilité du cloisonnement des grands services publics au niveau à la fois national et local. Chaque pays espère par conséquent obtenir de l'intégration des grands services publics des avantages importants en termes de coût-efficacité. Toutefois, on ne dispose pas encore de données fiables justifiant ces attentes. A l'argument d'une meilleure rentabilité s'ajoute aussi l'idée que la création de grands services sociaux et de santé intégrés renforcera le poids de ces services dans la concurrence pour l'accès à des ressources réduites.

2.3. Pour une « désintégration » des services sociaux ?

Des questions importantes ont été soulevées quant à la validité des arguments en faveur de l'intégration. Comme indiqué plus haut, aucun présupposé de « sens commun » ne permet d'affirmer que l'intégration des services sociaux soit nécessairement une bonne chose. Certains arguments plaident en faveur du maintien de la séparation de certains services ou en faveur de la séparation de services qui sont actuellement intégrés. Comme exemple de ce dernier cas, on peut citer l'intégration dans certains pays – la plupart ou la totalité des pays d'Europe centrale ou orientale – des services d'aide sociale (les activités de travail social notamment) et des prestations en espèces. Il existe de solides arguments aussi bien en faveur de l'intégration que de la séparation des services d'aide sociale et des prestations en espèces. On peut considérer, d'un côté, que le travail social, dont les effets ne sont pas immédiatement tangibles, est mieux justifié s'il s'accompagne d'une aide financière qui est particulièrement nécessaire s'agissant des personnes les plus vulnérables. D'un autre côté, être responsable de l'évaluation des situations individuelles et de l'attribution des prestations en espèces peut compliquer pour les professionnels la mise en œuvre de leurs activités de travail social ou même prendre le pas sur ces dernières.

Un second argument en faveur du maintien de la séparation entre les services est que leur intégration peut aboutir à une « prise de contrôle » d'un service par un autre, et que les connaissances et compétences spéciales d'un service peuvent se trouver diluées en cas d'intégration horizontale. Il s'agit d'un problème récurrent dans l'histoire des relations entre les professions de santé et celles de l'assistance sociale, les premières – en particulier les médecins – étant perçues comme plus puissantes et jouissant d'un statut supérieur à celui des travailleurs sociaux ou d'autres personnels. On peut donc formuler comme hypothèse de travail que l'intégration des services a plus de chances de se réaliser lorsque les principales professions concernées ont un statut à peu près égal et une sécurité d'emploi comparable. Dans le cas contraire, l'intégration est sans doute peu indiquée.

3. Examen d'autres travaux sur les services sociaux intégrés

Il est difficile de rendre justice aux très nombreux travaux publiés sur le sujet, qui comprennent à la fois les résultats de projets comme Procare, les rapports des gouvernements et la législation, les actes de colloques, ainsi que des livres et des articles, des sites internet et des guides pratiques.

3.1. Données et évaluation

Un trait commun à ces matériaux de nature très diverse est l'absence d'évaluations approfondies et de données fiables sur l'efficacité de l'intégration des services à la fois du point de vue des usagers et des services eux-mêmes (réduction des coûts). Au Royaume-Uni, le ministère de la Santé a demandé récemment au réseau Integrated Care Network (www.integratedcarenetwork.gov.uk) s'il était en mesure de lui fournir de telles données et la réponse se fait attendre. La question des données constitue en quelque sorte le « trou noir » des activités en faveur de l'intégration.

L'article intitulé « About integrated working », qu'a publié le réseau Integrated Care Network, illustre bien l'absence de données dans la littérature spécialisée sur ces questions.

Cet article mentionne les principes essentiels du travail intégré :

- l'ensemble des acteurs reconnaissent leur interdépendance ;
- les projets, actions, ressources et risques sont partagés ;

- les usagers perçoivent les services comme un continuum (N.B. la notion de « continuum de services » est une notion essentielle en ce domaine).

Les éléments essentiels pour la réussite de l'intégration des services sont :

- l'existence d'objectifs communs bien définis ;
- la définition d'un plan et d'un calendrier réalistes ;
- l'engagement des partenaires à fournir des services intégrés ;
- l'élaboration d'un cadre clair quant aux responsabilités et à l'obligation de rendre des comptes ;
- la définition de méthodes réalistes d'évaluation des résultats.

Les facteurs favorisant le travail intégré incluent notamment :

- un style de direction permettant aux responsables de dépasser les seuls besoins de leur organisation lorsqu'il s'agit de trouver des solutions ;
- une culture d'organisation reposant sur la flexibilité et le pragmatisme ;
- des outils tels que budgets communs ou fonds administrés en commun pour la prestation de services, qui peuvent contribuer à faire évoluer la culture des organisations concernées.

La mise en œuvre de l'approche intégrée profite à tous les acteurs :

- les usagers dont l'ensemble des besoins peuvent être examinés en même temps ;
- les organisations partenaires qui peuvent concentrer leurs efforts sur ce qu'elles savent faire le mieux et comprennent mieux aussi quel autre acteur peut intervenir dans tel ou tel cas ;
- l'ensemble du système qui est ainsi mieux géré.

Tout cela semble positif et incite à soutenir la cause de l'intégration des services, mais l'enthousiasme ne suffit pas. Nous reviendrons plus loin dans ce rapport sur la question de l'absence de données quant aux avantages avancés et à la supériorité des services intégrés.

Ilse Julkunen (2005) a été chargée de l'examen initial d'une partie de la littérature spécialisée sur les services sociaux intégrés. On trouvera ci-dessous quelques-uns des points essentiels de cet examen :

- plusieurs auteurs soulignent l'absence de *données* démontrant que les services sociaux intégrés se traduisent par de meilleurs résultats

pour les usagers ; Kalpa Kharicha *et al.*, par exemple, notent que « bien que la collaboration (ou le travail conjoint) entre les services sociaux et les services de soins primaires (au Royaume-Uni) occupe une place de plus en plus importante parmi les priorités de l'action publique, les politiques actuelles ne sont pas fondées sur des données établissant clairement les avantages qui peuvent en résulter pour les patients ou pour la collectivité » ;

- certains développements prometteurs concernent l'accès en ligne aux services publics par l'intermédiaire de guichets uniques, comme le projet eGOV de la Commission européenne qui permet aux citoyens et aux entreprises d'accéder à partir d'un même site aux services électroniques de plusieurs autorités publiques sous un format facile à utiliser ;
- Ilse Julkunen mentionne plusieurs exemples montrant que « les secteurs publics et privés se tournent vers l'intégration des services afin de réduire les obstacles à l'accès à certains services utiles qui ont été mis en place dans le cadre de programmes séparés ». Ces obstacles sont en général de nature administrative ou bien tiennent à l'influence de certaines professions et à l'utilisation inefficace des ressources.

Dans son étude, elle présente et compare plusieurs modèles de travail pluridisciplinaire, en soulevant encore une fois la question des données concernant les résultats pratiques de ces différents modèles. Le coût et l'efficacité clinique des équipes pluridisciplinaires n'ont, en particulier, pas été suivis ou étudiés de manière adéquate. Elle identifie aussi un certain nombre de questions importantes pour les travaux futurs d'évaluation de l'apport concret des équipes pluridisciplinaires.

- à la fin de ce premier examen, Ilse Julkunen formule plusieurs conclusions :
 - les études analysées sont en général de nature descriptive et conçues d'un point de vue organisationnel ;
 - elles soulignent certains problèmes au lieu d'étudier le fonctionnement effectif des différents modèles d'intégration et n'examinent pas le très important phénomène de la « boîte noire » ;
 - les comptes rendus des initiatives d'intégration des services contiennent rarement des données précises et une description des résultats ;
 - les études réalisées jusqu'ici concernent principalement les Etats-Unis et le Royaume-Uni.

Les questions suivantes devraient par conséquent guider les travaux futurs en ce domaine :

1. comment assurer le développement d'échanges basés sur la recherche et l'apprentissage mutuel à partir des exemples de bonnes pratiques dans différents pays ?
2. comment assurer l'échange systématique à des fins de comparaison des résultats d'enquête et des expériences de mise en œuvre des politiques, afin de pouvoir identifier les facteurs de réussite ou d'échec de l'intégration des services ?

Les exemples de ce type d'évaluation sont rares. On trouvera ci-dessous un résumé de celle menée par Bernabei *et al.* (1998).

Enquête réalisée de façon aléatoire sur les effets du modèle de soins intégrés et de gestion personnalisée appliqué à un groupe de personnes âgées vivant dans la communauté

Objectif : évaluer les effets d'un programme d'intégration des soins médicaux et des services sociaux à l'intention des personnes âgées de la municipalité de Rovereto en Italie du Nord.

Méthode : enquête réalisée de façon aléatoire avec un suivi d'un an.

Echantillon : 200 personnes âgées recevant déjà des services de type conventionnel dans la communauté.

Mise en œuvre : constitution sur une base aléatoire d'un groupe d'intervention recevant des soins médicaux et des services sociaux intégrés et faisant l'objet d'une gestion personnalisée et d'un groupe de contrôle recevant des soins de type conventionnel.

Principaux critères d'évaluation des résultats : admission en institution, utilisation et coût des services de santé, état fonctionnel des sujets.

Résultats : Le nombre de personnes admises à l'hôpital ou dans une maison de santé était moins élevé dans le groupe d'intervention que dans le groupe de contrôle ; leur admission était aussi plus tardive.

L'utilisation des services de santé était la même dans les deux groupes mais les visites à domicile de médecin étaient plus fréquentes parmi les membres du groupe de contrôle.

Les économies réalisées dans le groupe d'intervention ont atteint environ 1 800 dollars des Etats-Unis par personne et par année de suivi.

On a observé une amélioration de l'état physique et une réduction de l'altération de l'état de santé mentale des membres du groupe d'intervention.

Conclusion : « L'intégration des services sociaux et des soins médicaux dans le cadre d'un programme de gestion personnalisée peut constituer un moyen rentable de réduire le nombre d'admission en institution et de ralentir l'altération de l'état de santé des personnes âgées vivant dans la communauté. »

3.2. Théories et concepts utiles

On constate donc jusqu'ici un manque relatif de données établissant clairement la supériorité des services intégrés sur les services fragmentés. Existe-t-il cependant des théories et des concepts capables de fournir une base solide de connaissances en ce domaine ? La littérature spécialisée sur l'intégration offre un certain nombre de réponses à ce propos que nous résumons ci-dessous. Ces réponses sont en général adaptées de certaines théories en sciences sociales ; il s'agit aussi parfois de propositions intéressantes à caractère plus pragmatique (les « lois » de Leutz, par exemple).

Dans un chapitre intitulé « Comprendre la collaboration », Skelcher et Sullivan (2002) indiquent que, dans les travaux universitaires, la collaboration entre organisations ou services est généralement perçue comme l'exception :

« le point de vue qui domine dans les publications spécialisées est celui qui considère la collaboration comme l'exception. Dans la description des processus d'élaboration des politiques, des processus décisionnels et de la fourniture des prestations, chaque organisation apparaît comme travaillant de manière essentiellement indépendante dans une espèce de "silo" fonctionnel et le travail entre organisations [...] est généralement présenté comme une source de difficultés et comme faisant partie des activités aux coûts transactionnels excessifs. »

Dans ce même chapitre, les auteurs, épousant une perspective plus large, examinent les approches théoriques pouvant expliquer :

- *pourquoi* la collaboration a lieu, à savoir les facteurs et impératifs principaux qui guident les initiatives aux plans organisationnel et politique ;
- la *forme* que prend la collaboration, c'est-à-dire les divers modèles et formes de gouvernance ;
- les facteurs qui affectent les *capacités* et les *pratiques* en matière de collaboration, autrement dit les ressources professionnelles, organisationnelles et individuelles nécessaires pour développer, soutenir et gérer la collaboration.

Nous n'examinerons ici brièvement, en guise d'illustration, que l'une des principales théories expliquant *pourquoi* la collaboration a lieu, c'est-à-dire les facteurs qui favorisent la collaboration. Skelcher et Sullivan développent l'approche optimiste selon laquelle la collaboration vise à mettre en œuvre un objectif commun, cette idée s'appuyant sur deux présupposés :

1. la collaboration aboutira à des résultats positifs ou à une amélioration de l'ensemble du système ;
2. les acteurs concernés partagent un certain degré de désintéressement à l'égard de la collaboration, c'est-à-dire que les résultats positifs qui en sont attendus pour le système prennent le pas sur la recherche d'avantages spécifiques pour chacun des partenaires.

La *théorie de l'échange* (Levine et White, 1962) a beaucoup aidé à la compréhension des phénomènes de collaboration. Cette théorie est particulièrement pertinente dans le cas des services sociaux intégrés car elle a permis de mettre en évidence le fait que les usagers des services qui ont des besoins multiples doivent entrer en contact avec un ensemble fragmentaire et fortement spécialisé de prestataires de services de soins et de services sociaux.

Levine et White ont montré que les différents prestataires de services partagent des objectifs communs mais que peu d'organisations ont en fait accès à des ressources suffisantes pour remplir seules leurs objectifs. D'autres organisations du système contrôlent les ressources dont chaque organisation a besoin pour remplir ses tâches : les hôpitaux, par exemple, ont besoin de services sociaux gérant des maisons de santé pour permettre aux patients âgés de quitter l'hôpital.

Ce constat les conduit à formuler la conclusion (évidente ?) selon laquelle :

« La rareté des ressources suscite le développement de relations d'*échange volontaire* entre les différents organismes (services sociaux et services de santé) dans le cadre d'un réseau interorganisationnel. » (p. 37)

En développant leur théorie de l'échange, Levine et White reviennent fréquemment sur une notion qui apparaît dans beaucoup de travaux sur la collaboration, celle de *domaine organisationnel*. A l'aide d'un accord formel ou informel, les organisations peuvent en effet délimiter leur domaine spécifique d'intervention dans l'ensemble du système des services. Lorsque les ressources sont limitées, les organisations les plus grandes et les plus puissantes tentent d'utiliser leur pouvoir pour remettre en cause le domaine réservé à d'autres organisations, afin de s'assurer un plus grand degré de sécurité. La théorie de l'échange, cependant, tourne le dos à ce cas de figure bien connu et s'intéresse aux systèmes organisationnels dont les normes valorisent les comportements altruistes et qui respectent fortement l'autonomie des autres acteurs.

Remarque : La théorie de Levine et White n'est que l'un des cadres conceptuels utiles pour comprendre les relations entre les services sociaux et d'autres services – plus puissants ? – comme ceux de la santé et de l'éducation. Les notions d'échange et de domaine organisationnel sont utiles dans les initiatives de niveau macro et micro qui visent à obtenir une meilleure collaboration ou une meilleure intégration des services.

La « culture » des partenariats

Le mot de « culture » apparaît fréquemment dans les documents et discussions sur les moyens de parvenir à une meilleure collaboration entre les services le long d'un continuum entre fragmentation et intégration. L'existence de cultures professionnelles différentes ou même opposées dans les services sociaux et les services de santé est souvent mentionnée, par exemple, comme un obstacle très important à l'intégration des deux types de services. La question se pose également dans le secteur commercial où les caractéristiques des entreprises peuvent influencer fortement sur le résultat des fusions et des prises de contrôle. L'expression de « concordance culturelle » ou de « concordance des valeurs » (*cultural fit*) désigne ce problème essentiel.

Il est important de bien comprendre cette notion essentielle et de réfléchir aux possibilités de modifier la culture existante ou de créer une nouvelle culture dans le domaine de l'intégration. La notion de

« culture », malheureusement, est assez vague et difficile à définir. Dans son sens le plus immédiat, elle désigne une « manière de faire les choses », c'est-à-dire des comportements, des modes d'expression, des modes d'habillement, des valeurs communes ou des rituels sociaux propres à tel ou tel milieu. Certaines professions bien établies comme celle des médecins ou des avocats ont une culture professionnelle bien définie, ce qui est moins souvent le cas dans le travail social, par exemple. Pour les anthropologues qui étudient des sociétés mais aussi des organisations, la culture, qui s'exprime dans les idées et croyances dominantes, doit être comprise en relation avec la structure sociale dont elle constitue l'un des aspects.

L'un des thèmes qui réapparaît le plus fréquemment dans la littérature spécialisée (voir, par exemple, Meyerson et Martin, 1987) est que, pour comprendre la « culture » des organisations de services, trois modèles sont possibles :

1. le modèle de l'*intégration* qui envisage la culture comme quelque chose appartenant en propre à une organisation, largement distinctif et homogène à tous les niveaux de cette organisation. La culture, par conséquent, est un facteur d'intégration qui peut servir à renforcer l'intégration ;

2. le modèle de la *différence* pour lequel il peut exister à l'intérieur d'une même organisation plusieurs cultures correspondant à des groupes d'intérêt différents (travailleurs sociaux et gestionnaires, par exemple). La culture, par conséquent, peut constituer un obstacle à l'intégration et, en particulier, aux partenariats. Dans une interprétation optimiste, cependant, les cultures peuvent évoluer, particulièrement en ce qui concerne leurs modes d'interaction ;

3. le modèle de l'*ambiguïté* qui considère la culture comme un élément plus singulier et plus localisé, qui fait l'objet d'une renégociation constante entre les individus et les groupes au sein d'une organisation. Ce type de culture organisationnelle est considéré comme celui qui est le moins susceptible d'être instrumentalisé aux fins de l'intégration.

Les études de la culture d'organisation appliquées en particulier aux services sociaux et aux services de santé font apparaître un certain nombre d'implications pratiques sur la base d'exemples concrets, dont les suivantes :

- le travail conjoint d'évaluation sociale et de santé des personnes âgées a mis en évidence certaines différences culturelles entre le personnel infirmier et les travailleurs sociaux. Les infirmières ont du

mal à comprendre pourquoi il faut une heure aux travailleurs sociaux pour remplir un formulaire d'évaluation ; les travailleurs sociaux ne comprennent pas pourquoi les infirmières pensent que cela peut être fait en un quart d'heure – et il est aussi difficile pour les infirmières d'interroger les personnes âgées sur leur situation financière que pour les travailleurs sociaux de les questionner sur leurs fonctions intestinales ;

- il existe des différences culturelles notables entre les services de santé, d'une part, et les services sociaux des collectivités locales, d'autre part, dans l'importance qu'ils attachent à la recherche et dans l'utilisation qu'ils en font ;
- l'identité comme différence – le fait de se définir en se distinguant d'autrui – est un élément essentiel de la culture qu'il serait peu avisé de tenter de modifier. Les frontières entre professions ne doivent pas être *nécessairement* perçues comme des obstacles à la coordination et à l'intégration des services ;
- la leçon des fusions dans le secteur commercial est que les personnels des organisations qui fusionnent doivent avoir la possibilité de se rencontrer aussi souvent que possible dans le cadre de « groupes de transition » afin de réfléchir aux présupposés des uns et des autres et aux perspectives d'avenir ;
- « Quels que soient la forme d'organisation choisie et les résultats souhaités pour l'utilisateur, toute stratégie cherchant à s'appuyer sur la culture organisationnelle des services de santé et des collectivités locales (services sociaux) doit tenir compte aussi des cultures des professions concernées. Les gestionnaires ne doivent pas considérer comme inopportunes et/ou évitables les tensions résultant des différences culturelles à l'intérieur des organisations. » (Peck et al., 2001)

Fonctionnement unifié des systèmes

La sociologie des organisations (Benson, 1975) fournit un cadre conceptuel utile pour l'analyse du « fonctionnement unifié des systèmes ». Hudson (2004) identifie quatre étapes chronologiques dans la réflexion et la pratique concernant les relations entre services sociaux et services de santé et d'éducation :

1. *le séparatisme* : chaque organisme et profession planifie et fournit ses services isolément ;

2. *la concurrence* : l'achat des services est séparé de la fourniture des services et les prestataires se trouvent en situation de concurrence les uns avec les autres ;

3. *le partenariat* : les organismes et les professionnels nouent des liens de coopération sur une base spécifique et au cas par cas ;

4. *le fonctionnement unifié des systèmes* : une phase nouvelle et plus ambitieuse.

« Le système global n'est pas simplement un assemblage d'organisations qui doivent travailler ensemble mais aussi un mélange de personnes, de professions, de services et de locaux différents qui ont en commun de servir les patients et les usagers et de fournir toute une gamme de services dans des contextes différents, c'est-à-dire de fournir le service adéquat au bon endroit et au bon moment. » (Department of Health, 2003)

Divers auteurs, dont Hudson, ont passé en revue les publications de sciences sociales à la recherche d'outils théoriques susceptible d'aider à comprendre ce qui constitue un « système unifié ». Un sociologue (Benson, 1975, 1983) a développé une approche des « réseaux interorganisationnels » dont le mouvement est double :

- il identifie tout d'abord huit éléments permettant d'adopter une perspective « holiste » sur tout problème ou domaine particulier ;
- il propose ensuite d'envisager ces divers éléments comme interdépendants, toute modification de l'un des éléments rejaillissant automatiquement sur les autres.

Il n'est pas nécessaire de discuter en détail ici le travail de Benson mais les huit éléments remplissent dans sa théorie une fonction essentielle. L'hypothèse ou l'argument qu'il développe sur la base de ces huit éléments est que, pour que des systèmes puissent fonctionner efficacement de manière unifiée, il faut qu'existe :

- un niveau élevé de consensus à l'intérieur du domaine concerné ;
- une forte communauté de vues ;
- un niveau élevé d'évaluation positive ;
- un niveau élevé de coordination du travail ;
- un degré élevé de compatibilité entre les exigences du partenariat et les exigences du programme de travail de chacun des organismes concernés ;
- un fort niveau d'adhésion au profil du partenariat ;

- un niveau peu élevé de résistance des paradigmes organisationnels ;
- un fort maintien des flux de ressources.

D'autres auteurs (Attwood *et al.*, 2003) ont complété ces propositions théoriques en énonçant dix valeurs essentielles au développement de systèmes unifiés, à savoir les qualités ou les valeurs nécessaires aux acteurs responsables de l'intégration de système unifiés :

- l'optimisme ;
- l'empathie et l'humilité ;
- la ténacité et le courage ;
- la volonté d'apprendre ;
- les capacités relationnelles ;
- l'approche globale ;
- l'utilisation des savoirs locaux pour la définition de solutions locales ;
- le développement du capital social ;
- la valorisation des « petits pas » ;
- la capacité d'envisager les choses à long terme.

Un système unifié : étude de cas

Hudson indique que le cadre de Benson sert actuellement à l'évaluation d'un projet ambitieux au Royaume-Uni : la « stratégie de développement des services du Community Care Centre de Durham ». Les aspects essentiels de ce projet intéressant sont les suivants :

- la mise en place d'une agence unique à forte visibilité locale pour les services de santé, de logement et d'aide sociale, qui permettra aux usagers réels et potentiels de savoir où aller pour obtenir l'aide dont ils ont besoin ;
- la création d'un service unique d'évaluation qui intègre l'accès aux services de logement, de santé et d'aide sociale ;
- la commande et la fourniture d'un éventail de services flexibles et intégrés permettant aux usagers une plus grande liberté de choix et capables de répondre rapidement à l'évolution de leurs besoins ;
- le développement du travail en commun entre toutes les disciplines et professions concernées, avec partage des ressources et budgets communs.

Le projet de Durham se distingue de beaucoup d'autres initiatives de partenariat sous trois aspects :

1. le nombre de partenaires impliqués : services de logement, de santé et d'aide sociale ;
2. l'intégration complète et non seulement partielle des activités, y compris les systèmes stratégiques, opérationnels et de soutien : l'intégration est l'objectif central et non un ajout optionnel ;
3. l'intégration intervient parallèlement à un processus de décentralisation : un déplacement radical du pouvoir et des responsabilités du centre vers les localités et les quartiers est en cours.

Ce projet fait l'objet d'une soigneuse évaluation et les premiers résultats sont positifs.

Les cinq « lois » de Leutz sur l'intégration des services médicaux et sociaux

Les publications spécialisées sur l'intégration se réfèrent fréquemment aux travaux d'un universitaire américain, Leutz (1999), qui a étudié les services intégrés aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, en comparant les présupposés conceptuels et les développements correspondants. Les cinq « lois » sur l'intégration de Leutz, qui ne constituent pas à proprement parler des lois scientifiques, sont des propositions suggestives formulées de manière vivante et fondées sur des enquêtes, qui ont en outre un certain nombre d'implications pratiques. On en trouvera une présentation succincte ci-dessous.

Première loi

« Il est possible d'intégrer certains services tout le temps, tous les services à certains moments, mais il n'est pas possible d'intégrer tous les services tout le temps. »

Il importe d'axer les approches intégrées vers les catégories de personnes qui ont des besoins complexes, sinon le risque d'inefficacité est très grand.

Deuxième loi

« Avant de commencer à rapporter, l'intégration coûte de l'argent. »

La réussite de l'intégration exige la définition de délais adéquats et l'allocation de ressources suffisantes pour la formation et le développement des systèmes.

Troisième loi

« Ce qui est intégration pour l'un est fragmentation pour l'autre. »

Il faut aussi être attentif à ce qui risque d'être perdu du fait de l'intégration et pas seulement aux avantages susceptibles d'en résulter.

Quatrième loi

« Il n'est pas possible d'intégrer une clé carrée dans une serrure ronde. »

Se rappeler que certains systèmes vont rester hétérogènes ; les services sociaux et de santé conserveront par exemple des systèmes de financement et de gouvernance distincts.

Cinquième loi

« Qui intègre mène la danse. »

Cette remarque ne porte pas tant sur le pouvoir relatif des diverses professions et organisations en cause que sur la nécessité de trouver les moyens permettant aux usagers des services et aux fournisseurs de soins de jouer un rôle moteur dans la définition des services et leur intégration, notamment par l'utilisation croissante de *prestations directes* ou de *budgets d'usagers*.

Cadres

Parallèlement à l'emploi sélectif de théories et de notions pertinentes du point de vue des tâches d'intégration, des cadres pratiques ont été conçus pour aider à mieux focaliser le travail d'analyse et de planification lors du développement de services intégrés. Certains d'entre eux sont évoqués plus en détail dans cette section.

Deux questions essentielles sont à poser à propos des activités qui visent à intégrer des services sociaux à d'autres services :

- premièrement, où se situe l'activité le long du continuum fragmentation-intégration (c'est-à-dire ce qui se présente comme intégration constitue-t-il en fait une forme de coordination ou de coopération entre les organisations) ?
- comment évaluer l'activité du point de vue des questions de « bonne pratique » ?

Mention a été faite plus haut du travail de l'OMS dans le domaine de l'intégration. Le cadre de l'OMS identifie les aspects susceptibles d'être associés à l'*intégration*, en les distinguant du *travail autonome* ou d'une *approche coordonnée* :

	Autonomie	Coordination	Intégration
Position à l'égard du système	Point de vue singulier	Engagement commun à améliorer le système	Valeurs communes, responsabilité de tous les acteurs
Nature du partenariat	Règles propres, partenariat occasionnel	Partenariat de durée limitée ou projets de coopération	Mandats formels, législation
Utilisation des ressources	Pour répondre à des objectifs autodéfinis	Pour répondre à des objectifs complémentaires	Utilisation sur la base d'un cadre commun
Processus décisionnel	Processus indépendant	Processus consultatif	Délégation de pouvoir, processus unique
Information	Utilisation indépendante de l'information	Circulation de l'information entre les partenaires	Pour orienter le travail des partenaires en fonction des besoins

Ce cadre de l'OMS peut aider les acteurs de projets d'intégration ou d'autres formes de travail commun à définir des thèmes et des modèles, des orientations et des axes de travail, ainsi qu'à utiliser certains termes en un sens précis en répondant à la question : où s'inscrit un projet ou service particulier dans ce cadre ?

Skelcher et Sullivan proposent un cadre différent qui repose sur la comparaison de différentes formes de collaboration d'un point de vue *organisationnel* avec, à un bout de la chaîne, les dispositifs informels, à caractère distendu, et, à l'autre bout, les relations formelles, hautement structurées, qui peuvent aboutir à l'intégration des organismes concernés en une organisation unique.

Formes de collaboration et modes de gouvernance correspondants

Forme de collaboration	Réseau distendu basé sur des relations informelles	Accord limité de partage d'information	Accord pour mener des activités conjointes	Accord de création d'un organe directeur formel	Création d'une structure fédérale	Fusion d'organisations distinctes en une organisation unique
Mode de gouvernance	Autonomie dans le cadre de normes et de valeurs communes	Varie selon la position le long du continuum	Varie selon la position le long du continuum	Varie selon la position le long du continuum	Gouvernance externe sur la base d'un mandat formel	Mode hiérarchique
Terminologie	Réseau	Partenariat	Partenariat	Partenariat	Fédération	Intégration

L'intégration, en tant que continuum, peut aussi être représentée sous forme d'une « échelle d'intégration des services sociaux ». Cette formule, cependant, n'implique pas une hiérarchie ascendante des méthodes de coordination des services, qui irait des méthodes les moins adaptées (base) aux méthodes les plus efficaces (sommet) ; elle vise simplement à fournir un moyen de visualisation pour ordonner la réflexion et l'action au milieu de l'éventail parfois confus de méthodes.

Echelle d'intégration des services sociaux

1. Intégration des ministères et politiques du gouvernement central : mise en place à tous les niveaux de la société
2. Approche systémique – pas nécessairement dans tout le pays
3. Partenariats efficaces
4. Agences multiservices avec un seul lieu pour l'évaluation et les services
5. Coopération et coordination des services planifiées et durables
6. Equipes multidisciplinaires de professionnels
7. Coopération ad hoc, limitée, réactive en réponse aux crises ou autre pression
8. Séparation/fragmentation presque complète des services

Les niveaux de l'échelle peuvent être conçus et formulés différemment mais leur utilité réside dans le fait d'identifier diverses formes de collaboration plus étroite entre les services, allant de la séparation/fragmentation complète à un système de services totalement intégrés. Comme pour toutes les autres constructions de ce type, il s'agit d'un modèle de travail et ce n'est qu'une approche pour représenter la réalité. Il est sujet à des variations et améliorations.

Cette échelle suggère une progression vers le haut allant d'une tentative d'intégration quasi inexistante aux systèmes les plus complets d'intégration, en passant par des approches de coordination, coopération et collaboration. D'autres échelons pourraient sans aucun doute être ajoutés à l'échelle, probablement au niveau supérieur ou inférieur.

Il faut noter que les échelons ne sont pas exclusifs. Lorsque les échelons montent, ils incluent probablement un ou plusieurs types d'intégration présents dans les échelons inférieurs.

Les différents échelons

8. Système rigide, plutôt démodé, de séparation des services à tous les niveaux. Il s'agissait d'une approche normalisée avec une prestation de services fragmentée. Ce genre de système est plus tourné vers l'idée de maintenir des intérêts bureaucratiques que de répondre aux véritables intérêts des usagers des services. Il existe encore à différents degrés.

7. La pression du contexte peut forcer les organisations à introduire un certain niveau d'intégration des services mais cela est souvent effectué à contrecœur et sans réel engagement pour développer l'intégration comme il le faudrait.

6. Par exemple, le personnel de différentes professions travaillant au sein d'une équipe multidisciplinaire dans un centre de santé mentale local. Cela peut être une initiative locale et pas nécessairement à grande échelle. Exemple de système centré sur le processus qui se soucie moins de l'intégration structurelle des organisations responsables des différents services.

5. Structures comprenant des initiatives d'intégration qui font partie d'une approche systématique et planifiée – plutôt que des tentatives « ad hoc » d'intégration des services.

4. Exemples de ce que l'on appelle les « guichets uniques » où les usagers des services ont accès à un bâtiment pour les services intégrés, comprenant les programmes d'évaluation individuelle et de services. Approche de l'intégration qui est principalement tournée vers l'utilisateur.

3. Il existe deux types de partenariats d'agences ou de services. Le premier consiste à établir une entité ou un processus de partenariat officiel, avec des implications pour des changements structurels, des financements conjoints, etc. Le second est un mode de travail où les organisations de services se comportent entre elles comme des partenaires – quels que soient les liens officiels entre elles. Des partenariats Etat-ONG des deux types sont de plus en plus observés et souvent requis par les programmes de financement de l'UE.

2. Intégration des services dans une seule organisation/organe décisionnaire, fournissant une gamme de services pour une population spécifique. Les usagers savent clairement où aller pour obtenir le soutien nécessaire. Il englobe le modèle de service dans l'échelon 4, mais implique un chan-

gement structurel plus profond que de simplement créer des « guichets uniques ».

1. A ce jour, ce type d'approche globale de l'intégration des services est rare. On observe des prémices dans certains pays qui se concentrent initialement sur une intégration du haut vers le bas de parties spécifiques de deux grands services. Par exemple, l'intégration des services sociaux, sanitaires et éducatifs pour les enfants avec des besoins spéciaux. Bien entendu, cette approche sélective de l'intégration du haut vers le bas des services est plus réaliste que l'intégration, par exemple, de tous les services sociaux et de santé.

4. Modèles d'intégration des services sociaux et de santé

Comme indiqué plus haut, une grande partie des publications sur l'intégration des services portent spécifiquement sur les services de santé et les services sociaux. Les rapports de recherche, en particulier ceux qui concernent Procure (2004), les articles de *l'International Journal of Integrated Care* et divers sites internet constituent les principales sources d'information sur les développements à l'échelon national et européen. La présente section s'appuie fortement sur les principales publications du projet Procure qui examinent l'expérience des pays qui y participent.

4.1. Modèles et approches de l'intégration

Intégration structurelle

L'intégration structurelle constitue sans doute l'approche la plus radicale, la plus difficile et la plus onéreuse en matière d'intégration. Elle implique de regrouper l'ensemble du personnel et des ressources à l'intérieur d'une organisation unique dans une structure unifiée. Ce regroupement, s'il concerne des organes publics, doit être approuvé par la loi.

L'une des caractéristiques essentielles d'une organisation intégrée est la mise en place d'un point d'accès unique pour les usagers potentiels, afin d'évaluer l'ensemble de leurs besoins et décider de prestations adéquates.

Les « groupements de soins et d'aide sociale » (*care trusts*) mis en place au Royaume-Uni représentent un modèle d'intégration structurelle : il s'agit d'organisations uniques, basées dans la communauté, qui four-

nissent des prestations de santé et d'aide sociale à une population donnée (pour plus de détails, voir plus loin).

Travail conjoint : collaboration axée sur le processus de fourniture des prestations

Le travail conjoint est crucial pour l'intégration, l'accent étant mis sur les activités d'aide plutôt que sur le contexte organisationnel de ces activités. Les frontières entre organisations et professions sont sources d'obstacles importants. L'approche de l'intégration axée sur les procédures vise à surmonter ces obstacles, notamment en incitant les professionnels à travailler plus étroitement ensemble, par exemple au moyen de formes spécifiques de financement : budgets d'usagers et allocations de prestations à long terme.

Travail et équipes interdisciplinaires

Les approches axées sur les procédures mettent l'accent sur les modalités d'intégration des activités. Elles se préoccupent moins des organismes ou organisations sur lesquelles porte fondamentalement l'approche structurale.

Prestations personnalisées dans le cadre d'un continuum de services

Les approches axées plus particulièrement sur la structure ou sur les procédures sont limitées dans la mesure où elles portent sur les moyens plutôt que sur les fins. La finalité des systèmes d'aide sociale et de santé, ce sont leurs *résultats*, les services et le soutien qu'elles apportent aux usagers et à leurs familles. Il est essentiel de tenir compte, dans la définition des services intégrés, de la manière dont ils sont perçus par les usagers. Les services doivent être envisagés dans la continuité, sans délai et sans chevauchement ou conflit de compétences entre les divers éléments qui les composent.

Stratégies, méthodes et outils

L'intégration des services comporte plusieurs niveaux :

- le niveau pratique immédiat : gestion des dossiers ou des soins, adaptation de l'offre à la demande dans les situations complexes afin de maximiser la rentabilité d'un montant donné par la coordination des prestations ;

- le niveau professionnel : intégration des différentes professions en tant que catégories de personnel ;
- le niveau organisationnel : en fonction des dispositifs d'aide sociale en place dans chaque pays ;
- le niveau fonctionnel : continuum de services de soins, d'aide et de prévention.

Evaluer l'intégration

Trois approches sont possibles à ce propos :

1. évaluer les résultats des services : suivi des prestations, absence de retard ou d'arriéré de dossiers ;
2. évaluer l'expérience objective et subjective des usagers ;
3. adopter une perspective plus générale, en se plaçant par exemple du point de vue de l'intégration sociale et des interventions conjointes requises à cette fin : le renouveau des quartiers exige l'intégration de tous les services fournis dans chaque quartier afin d'améliorer les prestations et de renforcer la participation.

Autres leçons tirées de l'expérience des pays européens

Travail conjoint : combler les écarts culturels. L'expérience montre que le développement d'un travail conjoint efficace entre le secteur social et celui de la santé demande du temps. Les différences traditionnelles entre les deux types de services peuvent être surmontées au moyen d'« incitations », par exemple dans le cas où l'autorité locale ne dispose pas d'une maison de santé pour les personnes âgées prêtes à quitter l'hôpital. Au Danemark – et peut-être aussi dans d'autres pays – la municipalité doit payer une « amende » pour chaque journée supplémentaire qu'une personne âgée est obligée de passer à l'hôpital ; il est aussi spécifié par contrat que les services de la collectivité locale doivent être informés plusieurs jours à l'avance qu'un patient qui s'apprête à quitter l'hôpital aura besoin de services au niveau local.

Intégration des prestations d'aide au logement, d'aide sociale et de santé. Le logement constitue fréquemment un aspect important des services mais n'est pas toujours inclus dans les prestations intégrées.

Soutien des soins informels à l'intérieur de la famille. Ce type de soins doit aussi être inclus dans les services intégrés. Les modèles de gestion des prestations prévoient normalement leur prise en compte complète.

La gestion de la qualité comme moyen d'assurer la réalisation des objectifs définis en commun. La gestion de la qualité a contribué à modifier la culture des services, l'intégration étant maintenant perçue comme un moyen important d'obtenir de meilleurs résultats, en tenant mieux compte des besoins et des souhaits des usagers.

En outre :

- les réformes en vue de l'intégration doivent s'appuyer sur l'intégration des systèmes financiers et surmonter les obstacles institutionnels ;
- les services intégrés, fondés sur la demande, doivent s'efforcer d'accroître le contrôle des usagers sur le processus de fourniture des prestations, notamment au moyen de budgets individuels ;
- les initiatives du sommet vers la base doivent viser uniquement à soutenir les processus de changement de la base vers le sommet ;
- la mise en place d'une agence centrale d'information, d'aide et de conseil est utile pour permettre aux usagers de préciser leurs besoins et de renforcer la coopération entre les différentes organisations concernées ;
- les processus de changement demandent beaucoup de temps ;
- l'évaluation devient peu à peu une pratique plus répandue et plus nécessaire, par exemple en France ;
- il n'est pas possible de concevoir un modèle de bonne pratique en matière d'intégration qui pourrait s'adapter à tous les pays : ce point est très important.

L'intégration en tant qu'élément d'un continuum

Il est essentiel de bien comprendre que l'intégration de services distincts n'est qu'un moyen de surmonter les inconvénients liés à la fragmentation des services ; d'autres possibilités existent qui, souvent, sont en fait mieux adaptées. Ce point est développé par plusieurs auteurs pour qui l'intégration se situe à l'extrémité d'un continuum allant de la fragmentation à l'intégration. Nous reviendrons sur certaines de ces formulations dans la suite du rapport.

Autonomie, coordination et intégration

L'*autonomie* désigne les situations dans lesquelles il n'existe pas un point de vue global sur les besoins des usagers : les initiatives et les décisions sont prises de manière indépendante et sans aucune coordination.

La *coordination* présuppose un point de vue commun sur les besoins des usagers : les actions et le processus décisionnel sont coordonnés. La coordination prend place dans un *réseau de services centrés sur l'utilisateur*.

L'*intégration* signifie que la fragmentation et l'autonomie des fournisseurs sont réduites au minimum. Les pratiques de travail deviennent transparentes. L'intégration présente les plus grands avantages pour les usagers aux besoins complexes et aussi lorsque le système est clair, facile à comprendre par les usagers des services. Le degré de complexité des besoins individuels doit déterminer la logique et le contexte de l'intégration.

Une meilleure coordination des services peut aussi :

- permettre de fournir un grand nombre ou même la plupart des prestations d'un système intégré ;
- représenter un pas en avant positif qui facilitera le passage à un système intégré ;
- également, l'approche intégrée consistant pour le personnel de fourniture des prestations à créer un réseau de coopération informel pour répondre aux besoins des usagers est aussi un moyen très avantageux de surmonter la fragmentation des services.

La question importante est de savoir si la coordination – comparée à l'intégration – peut être pérennisée et optimisée sur une longue période. Les collectivités doivent effectuer à ce propos un choix stratégique et décider si un système intégré unique est préférable à la coordination des services existants qui est moins coûteuse et nécessite des changements moins importants.

Partenariats

Le terme de partenariat revient sans cesse dans les politiques sociales européennes car il joue un rôle central dans le développement d'« économies mixtes de l'aide sociale » mettant de plus en plus l'accent sur la participation des acteurs non publics à la fourniture des services sociaux. Il est fortement mis en avant notamment par la Commission européenne.

Il convient cependant de distinguer la création d'une entité ou d'un processus de *partenariat formel* et *les partenariats informels* dans lesquels plusieurs organisations jouent le rôle de partenaires, sans qu'il en résulte nécessairement un changement de leurs modes d'organisation.

Pourquoi développer un partenariat formel ou informel ?

- pour délivrer des *services coordonnés* aux usagers ;
- pour régler des problèmes qui dépassent le cadre des services traditionnels et les frontières professionnelles, par exemple l'exclusion sociale, la régénération économique, la sécurité de la communauté ;
- pour réduire l'impact de la fragmentation organisationnelle et minimiser les effets pervers qui en résultent, par exemple l'incitation à créer de nouvelles agences pour traiter de questions que d'autres agences/services prennent déjà en charge séparément, en distinguant les acheteurs (commissionnaires) des prestataires.

Modèles de partenariat

Différentes approches peuvent être envisagées pour mettre en place un accord de partenariat entre plusieurs organisations de services. Le modèle le mieux adapté dépendra dans chaque cas de facteurs tels que le contexte local, les préférences des partenaires et les considérations de coûts. Parmi les divers modèles, citons :

- l'*organisation séparée*, particulièrement adaptée aux partenariats de grande envergure et dotés de ressources importantes (groupements de santé et d'aide sociale, par exemple) ;
- l'*organisation virtuelle*, qui n'est pas une entité juridique ;
- la *cohabitation du personnel* issu des organisations partenaires : un arrangement relativement informel mais inadapté à la gestion de nouveaux projets majeurs ;
- la *création d'un groupe directeur sans ressources humaines dédiées* : il s'agit du modèle le plus simple et le moins formel, idéal pour un partenariat visant à améliorer la coordination des services au-delà des frontières organisationnelles mais moins adapté aux projets à long terme et à ceux qui nécessitent une entité séparée.

D'autres options peuvent encore être envisagées :

- les *accords consultatifs* avec une agence unique endossant la responsabilité des décisions et des actions ;
- les *réseaux*, qui n'impliquent pas d'engagement organisationnel ;
- les *relations contractuelles* avec divers avantages pour les partenaires, par exemple de nouveaux services sociaux impliquant l'autorité statutaire locale, une ONG et une banque assurant le financement (« initiative de financement privé » au Royaume-Uni).

Avantages et coûts des partenariats

Les partenariats entre organisations de services donnent lieu à plusieurs avantages prévisibles/présumés :

- ils permettent une meilleure adaptation des services aux besoins des usagers ;
- ils font un meilleur usage des ressources ;
- ils partagent plus ouvertement les informations ;
- ils stimulent des approches plus créatives de certains problèmes tels que l'exclusion sociale : c'est l'un des principaux points forts de cette manière de travailler ;
- ils encouragent l'expérimentation et génèrent des améliorations innovantes des services ;
- ils influencent les autres : les partenariats exercent souvent une plus grande influence que les partenaires pris individuellement ; des organisations commerciales qui ne souhaitent pas s'engager dans un programme de l'autorité locale peuvent, par exemple, préférer collaborer avec une agence indépendante.

Quels sont les coûts du travail en partenariat ?

- il est difficile d'évaluer si les avantages découlant du partenariat sont supérieurs aux coûts induits ;
- les coûts directs et autres (par exemple le temps de travail du personnel) doivent être pris en compte dans toute évaluation du rapport qualité/prix des partenariats.

La décision de *ne pas travailler* en partenariat peut être prise si l'opération s'avère trop difficile ou trop coûteuse eu égard aux avantages que l'on peut espérer en tirer.

Remarque : les partenariats tiennent une place centrale dans la réflexion sur l'intégration des services. Cependant, ils peuvent être conçus et mis en pratique de manières différentes selon les pays. Comme d'autres documents et pratiques le montrent, les partenariats doivent être inscrits dans un continuum (ou sur une échelle) allant de la fragmentation à l'intégration des services. Pour citer un commentateur : « Un partenariat est nécessaire pour créer un système intégré, mais un partenariat n'est pas synonyme d'intégration » (Integrated Care Network, 2004).

Gestion personnalisée

La gestion personnalisée – parfois appelée aussi « gestion des soins » – est une méthode d'intégration des services au niveau de l'utilisateur individuel. Elle est issue des pratiques mises en œuvre aux États-Unis pour organiser les services de toute une gamme d'organismes gouvernementaux et d'ONG dans un système extrêmement diversifié de santé et d'aide sociale. Elle a été adoptée sous différentes formes dans plusieurs pays européens cherchant une approche plus efficace, mieux organisée et mieux adaptée aux usagers de l'intégration des services s'adressant aux usagers qui présentent des besoins complexes et de longue durée.

L'évaluation globale, la participation des usagers et des prestataires de services et la définition de groupes de services sont des aspects essentiels de ce modèle d'intégration. Le gestionnaire de soins ou de services effectuée en collaboration avec l'utilisateur – et le cas échéant avec le(s) prestataire(s) de soins ou de services – une évaluation complète des besoins et des capacités, définit un ensemble adapté de services, ainsi que leur coût, organise la fourniture *intégrée* de ces services et supervise la mise en œuvre de l'ensemble des services. Le dispositif est soumis régulièrement à un examen formel.

Banks (2004) déclare à ce propos :

« Les organisations doivent examiner les potentialités offertes par la gestion personnalisée comme moyen efficace et rentable de coordonner les services que reçoivent les personnes âgées en partant des soins dont elles ont effectivement besoin (indépendamment des cloisons qui existent entre les services) et à quel moment (dans la perspective d'un continuum de soins). L'enjeu de la gestion personnalisée est qu'elle prend place au niveau de la fourniture des services où il est nécessaire de mettre en balance besoins et ressources, pénurie de moyens et décisions singulières. » (pp. 102-103)

Comme l'indique Banks, la gestion personnalisée donne lieu en fait à plusieurs approches et modèles, en particulier :

- *la gestion personnalisée intensive* : les gestionnaires de soins coordonnent les services à l'intention des usagers qui présentent des besoins graves et complexes afin de les adapter à chaque personne à la fois sur la durée et du point de vue de la localisation des soins ;
- *la coopération intersectorielle* : la gestion personnalisée est soutenue par une équipe pluridisciplinaire regroupant des professionnels de différents organismes, l'un des membres de l'équipe remplissant le rôle de gestionnaire des soins ou de responsable de l'équipe ;

- *la médiation* : les gestionnaires de soins sont employés par un organisme indépendant capable éventuellement de défendre vigoureusement les intérêts des usagers mais dont la position peut aussi être affaiblie parce qu'il se trouve à l'extérieur du système de services ;
- *la coordination des soins par les usagers* : cette approche est celle qui assure le plus grand contrôle aux usagers. L'introduction de plus en plus fréquente de « budgets personnalisés » renforce la possibilité de faire appel de manière sélective aux usagers pour coordonner et acheter eux-mêmes l'ensemble des soins dont ils ont besoin.

L'évaluation d'un projet de gestion personnalisée au Royaume-Uni a montré que :

« La fourniture coordonnée de services a permis aux personnes âgées vulnérables de rester chez elles ; les services ont été perçus comme suffisants, fiables et plus efficaces que dans d'autres dispositifs ; le moral des personnes âgées s'en est trouvé amélioré et le stress des prestataires de soins réduit ; le coût en outre n'a pas dépassé celui d'autres modes de fourniture des services. » (Lewis, 2005, p. 5, qui cite Challis *et al.*, 1995)

4.2. Obstacles à l'intégration

Dans cette section ont été passées en revue diverses approches de l'intégration des services, des méthodes informelles d'ambition assez modeste jusqu'aux grands modèles de réorganisation structurelle de services auparavant dispersés. Des obstacles importants peuvent cependant s'opposer à l'intégration des services, comme le montre Nies (2004) à propos de certaines tentatives d'intégration des services sociaux et des services de soins de santé. Il mentionne notamment les facteurs suivants :

- *le manque de financement public des services*. Le manque de ressources peut entraîner l'apparition de listes d'attente dont les effets sur le transfert de patients ou d'usagers et la fourniture des services rendent difficile le bon fonctionnement de systèmes intégrés ;
- *la complexité du système*. Les multiples acteurs impliqués dans le système peuvent avoir des rôles, des intérêts et des enjeux différents, notamment en termes de pouvoir. Parmi les facteurs qui compliquent l'intégration à cet égard, on peut citer : les différences de législation et de sources de financement ; le contexte social, politique et économique ; les différences de procédures et de dispositifs structurels à divers échelons du système ;

- *l'absence de responsabilité.* Dans la plupart des systèmes, la responsabilité globale de l'intégration des soins et des services n'est confiée à aucun acteur particulier, non plus que celle des résultats. Cela constitue un obstacle à la prise de décisions ;
- *le rôle prépondérant de l'offre.* Malgré la place centrale accordée théoriquement aux besoins et à la demande des clients dans les systèmes de service, les pratiques sont encore souvent déterminées par l'offre et les intérêts des fournisseurs ;
- *les ressources humaines.* Les services intégrés nécessitent de nouveaux types de professionnels (pour la gestion individualisée des services) et la mise en place d'équipes interprofessionnelles. Le manque de personnel et la lenteur du développement des formations nécessaires peuvent freiner la mise en œuvre des soins intégrés ;
- *l'intégration comme fin en soi.* L'intégration sera soutenue dans la mesure où elle aboutit à de meilleurs résultats pour les usagers mais se heurtera à des résistances si elle devient simplement le moyen de résoudre les difficultés du système.

5. L'intégration des services sociaux en Europe

La suite de ce rapport est consacrée pour l'essentiel aux informations recueillies dans le cadre du projet du Conseil de l'Europe sur l'intégration des services sociaux, principalement dans les pays qui participent à ce projet. Le rapport propose pour finir des lignes directrices. Cet aperçu ne prétend être ni complet, ni parfaitement à jour car la situation en ce domaine ne cesse d'évoluer en Europe. Les différents pays sont abordés selon l'ordre alphabétique.

Albanie

La quantité et la qualité des services sociaux avant 1989 en Albanie étaient si mauvaises que le développement des services sociaux ces dernières années a été une tâche particulièrement épineuse. L'Albanie est aujourd'hui engagée dans un important projet de la Banque mondiale pour développer de nouveaux services sociaux, notamment transmettre les responsabilités et le financement aux gouvernements locaux. Dans cette situation, une approche peut consister à organiser séparément de nouveaux services sociaux locaux pour leur laisser le temps de se développer correctement avant d'être intégrés dans des services comme la santé. Cela peut également être une bonne occasion de créer de nouveaux modèles de services intégrés au départ. L'exemple ci-dessous illustre une seule approche de cette dernière stratégie.

Le centre de services sociaux « Balash » à Elbasan (Albanie)

Ce centre social de jour pour les personnes âgées invalides est un projet financé par le ministère italien du Travail et des Politiques sociales, dans le cadre d'un programme italien de coordination de l'aide réalisé en partenariat avec le ministère du Travail et des Affaires sociales de la République d'Albanie, la municipalité d'Elbasan et diverses ONG du secteur social.

Le centre social Balash est également un service public pour les jeunes ayant des besoins sociaux. Il a aussi pour fonction d'aider à la réintégration des personnes qui, en raison de leurs problèmes, se trouvent marginalisées au sein de la communauté locale. Ce projet a pour but la réalisation d'un modèle pilote de services intégrés dans la communauté en partenariat avec les collectivités locales et les ONG.

Le projet a démarré en août 2000 et s'est terminé en mars 2002 après avoir atteint ses principaux objectifs. Un second projet s'appuyant sur les résultats du projet précédent et placé sous le contrôle de la communauté locale a commencé en octobre 2002. Le centre est géré par la municipalité d'Elbasan et financé par le ministère du Travail et des Affaires sociales.

Typologie des services

Le centre social offre divers services sociaux et de santé aux personnes âgées et à d'autres personnes dans le besoin. Ces services comprennent notamment :

- l'aide à l'emploi et la formation professionnelle ;
- l'aide au logement et la prévention du placement en institution ;
- la physiothérapie ;
- les activités sociales ;
- les services alimentaires et d'hygiène ;
- les activités de sensibilisation de la communauté locale ;
- la participation aux activités culturelles et aux autres services de la communauté.

Le centre vise à assurer aux bénéficiaires de réelles possibilités d'autonomie et de vie sociale, et à restaurer leurs capacités physiques en vue d'une meilleure intégration au sein de la société.

Arménie

En Arménie, la prestation de services sociaux concerne la plupart des citoyens. Ces services sont administrés par un réseau de plus de 180 bureaux distincts. L'administration des services de protection sociale – comprenant des programmes pour les personnes nécessiteuses ainsi que des programmes pour distribuer les prestations sociales – est fragmentée et manque d'efficacité. Une intégration entre les nombreux services différents est nécessaire.

Comme l'illustre le dernier exemple, l'introduction des « centres à guichet unique » permettra d'augmenter la qualité de la prestation de services sociaux et d'améliorer l'accès des citoyens aux informations sur les services. Les demandeurs pourront se rendre à un même endroit pour tout ce qui concerne l'aide et les prestations sociales ainsi que les retraites. Un élément clé de ce regroupement des services est l'échange d'informations entre les organisations. En Arménie, le programme ASTP a adopté une approche novatrice de collaboration et de consultation pour développer un modèle pour le Centre de services sociaux intégrés (voir l'exemple suivant).

Le centre de services sociaux intégrés de Vanadzor (Arménie)

Les donateurs internationaux, dans les programmes d'aide sociale qu'ils soutiennent en Europe centrale et orientale, s'efforcent de « rapprocher les services des citoyens et de les intégrer afin d'assurer l'accès aux services sociaux à partir d'un seul guichet ». Cela est particulièrement utile en Arménie où les services sont gérés par un réseau de plus de 180 bureaux différents. Le Gouvernement d'Arménie s'est engagé à améliorer les services fournis aux citoyens en regroupant l'ensemble des services sous un même toit.

Le centre de Vanadzor est un projet pilote qui a pour but de tester tous les aspects de la création de centres de services sociaux intégrés en Arménie. Ces centres auront pour objectifs principaux :

- d'améliorer l'accès des citoyens aux services sociaux en regroupant ces services dans un seul bâtiment et en facilitant l'accès à l'information ;
- de renforcer et d'étendre la gamme de services sociaux offerts aux citoyens en travaillant plus étroitement avec les ONG du secteur social et du secteur des soins de santé ;

- de faciliter le partage d'information entre organisations en créant des systèmes communs de bases de données qui permettront de simplifier les demandes de services ;
- d'améliorer la gestion des programmes de prestations sociales en uniformisant les procédures, en renforçant l'efficacité des pratiques de travail et en améliorant la formation du personnel ;
- d'optimiser l'utilisation du personnel et des ressources techniques des services regroupés en un centre commun.

Les habitants de Vanadzor disposeront d'un guichet unique pour déposer une demande de pension ou de prestations, s'inscrire au chômage ou obtenir des renseignements sur d'autres services sociaux. Le personnel d'accueil fournira informations et conseils et aidera les usagers du centre à remplir les formulaires. Le partage de données entre les services permettra de réduire le nombre de demandes séparées de prestations et de services, ainsi que les chevauchements. Le cas échéant, les clients pourront être dirigés vers le service des ONG situé dans le même bâtiment.

Si sa réussite se confirme, le nouveau centre de services sociaux intégrés apportera aux citoyens d'importants avantages que ne permet pas le système actuel, extrêmement dispersé, dont il prendra la place. L'approche spécifique de l'*intégration* des services par le biais d'un guichet unique jouera un rôle essentiel dans le nouveau système.

République tchèque

Depuis 1989, la situation des services sociaux en République tchèque a été marquée par une évolution significative vers l'intégration tant horizontale que verticale, c'est-à-dire vers des services reposant sur les besoins réels des usagers. On observe une tendance forte et rapide à privilégier la personne et sa qualité de vie. Cela s'applique même dans une certaine mesure aux services de type résidentiel persistants au caractère protecteur et paternaliste qui ont engagé des efforts vers l'intégration dans les communautés locales. Avant la révolution, les foyers pour personnes âgées ou les personnes souffrant de handicap mental se trouvaient dans de vastes bâtiments inadaptés tels que d'anciens monastères, isolés des zones d'habitation.

Ces efforts sont largement soutenus par le gouvernement, tant sous la forme d'une promotion d'une planification communautaire dans le pays, une méthode de planification des services reposant sur les besoins des usagers

dans une zone donnée et la coopération à part égale de la triade usager-prestataire-opérateur, que par la promotion de normes de qualité, basées sur les besoins des usagers des services sociaux et la protection de leurs droits, promulguées par le ministère du Travail et des Affaires sociales en 2002.

En République tchèque, l'intégration de la prestation de services est courante, mais ne garantit pas la qualité des différents types de soins fournis. Il n'existe pas de stratégie interdisciplinaire, même lorsqu'une personne reçoit des soins différents, la prestation de services devrait être intégrée afin de faciliter l'intégration et la réinsertion sociales de la personne. Des types d'établissements spécifiques sont encore généralement destinés à des groupes d'utilisateurs spécifiques. L'intégration dans la prestation de services sociaux est considérée comme essentielle pour apporter une dimension plus humaine, protéger les droits des usagers et, par-dessus tout, améliorer la qualité de la prestation des services sociaux. Si certains groupes d'utilisateurs (les personnes âgées, les personnes souffrant de handicap mental, etc.) sont pris en charge séparément, même s'ils reçoivent des services de qualité, la qualité finale restera toujours contestable car les personnes âgées ont par-dessus tout besoin de contact avec d'autres groupes de personnes à d'autres stades de la vie.

L'intégration des services sociaux en République tchèque

L'institution d'aide sociale de Horní Poustevně (Ústav sociální péče v Horní Poustevně – ÚSP) est un foyer d'une capacité initiale de 130 personnes qui accueille des patients souffrant de handicap mental, hommes ou femmes, enfants ou adultes. Le processus de transformation du modèle de soins précédent, traditionnellement paternaliste, en un établissement pour les handicapés mentaux a démarré dès 1996-1997 avec la mise en place à proximité de Vilémov du premier logement protégé pour six personnes fournissant tous les services nécessaires aux usagers.

Depuis lors, le projet a permis de démontrer qu'une personne atteinte de handicap mental pouvait mener une vie pleine et digne à condition qu'elle accepte ce genre de vie et soit en mesure de surmonter les obstacles, même ceux apparemment infranchissables. A l'heure actuelle, les maisons et appartements protégés accueillent un total de 108 usagers pour lesquels les services sont fournis par 98 employés de l'ÚSP (institution d'aide sociale, voir ci-dessus). L'ÚSP est une organisation financée par des contributions provenant du budget de l'Etat et fondée par la capitale, Prague.

Toute une gamme de services est prodiguée directement par l'ÚSP ou par d'autres personnes, par exemple le logement, l'alimentation, les soins de santé, l'éducation et le développement personnel, la formation, les emplois aidés, les activités durant le temps libre (activités culturelles et de loisir), la rééducation, la thérapie (ergothérapie, musique, animaux de compagnie, arts, théâtre), l'aide aux achats (objets pour besoins personnels), l'aide à la gestion de biens, l'assistance dans les situations difficiles de la vie, la protection sociale et juridique. Le logement en appartement en divers lieux de la région de Šluknov favorise l'intégration naturelle des usagers dans la société du village ou de la ville.

Dans cet exemple, l'intégration est à la fois verticale et horizontale. L'ÚSP s'est progressivement transformée en une organisation de services sociaux mais elle ne délivre pas l'ensemble des services fournis ou demandés. Elle joue le rôle de garant, aide les usagers en sélectionnant les services adaptés et assure la supervision et le contrôle des prestations des diverses organisations et personnes. L'ÚSP gère également les biens de l'organisation.

Les coûts des initiatives d'intégration (par usager) sont comparables à ceux d'un lit dans les foyers d'aide sociale classiques de la République tchèque. Une telle transformation n'est pas plus onéreuse que le modèle de « soins » ordinaire mais l'activité qui en résulte est, du point de vue de la satisfaction des besoins spéciaux des usagers, incomparablement plus efficace.

Le projet a toujours eu à lutter contre le manque de compréhension des autorités administratives, les insuffisances législatives et les réticences de la communauté. Néanmoins, le projet a fait en sorte de surmonter ces obstacles et de faire évoluer la conception des moyens à envisager pour dispenser des services sociaux aux personnes qui en sont plus ou moins dépendantes.

L'utilisateur participe à l'élaboration d'un plan individuel de développement devant se concrétiser par un contrat entre l'utilisateur et l'ÚSP, afin de définir les services offerts, la sélection des employés de l'ÚSP et des autres personnes, et l'étendue de leur implication dans la vie active de l'utilisateur. Les services sont dispensés avec un seul objectif, l'intégration des usagers et leur insertion dans la vie sociale. Les relations contractuelles entre l'utilisateur et l'ÚSP devraient mener à une réduction progressive de la quantité, de l'intensité des services sociaux offerts jusqu'au strict minimum nécessaire, voire (si possible) à une cessation complète de la dépendance à l'égard de l'institution et une réduction de l'aide à ce qui est absolument indispensable.

Finlande

La Finlande a une assez longue tradition d'intégration des services sociaux et de santé au niveau régional, bien que toutes les régions n'aient pas adopté ce type d'organisation – il s'agit d'une décision locale. Le pays a lancé un programme de réforme de ses services sociaux couvrant la période 2003-2007. Ce programme a pour but une refonte complète du système de services. Avec le programme national de réforme des soins de santé, ce programme constitue l'un des projets les plus importants du gouvernement actuel. L'un de ses aspects essentiels est l'amélioration de l'offre et de la qualité des services. Il vise à réformer la structure et le fonctionnement des services au niveau municipal. Les services sont modernisés dans le sens d'une plus grande rapidité, d'une plus grande flexibilité et d'une meilleure prise en compte des besoins des usagers. Il s'agit de trouver des méthodes plus efficaces de fourniture des services et de promouvoir l'introduction de nouvelles pratiques de travail et de nouveaux modèles opérationnels. La coopération entre les différentes autorités au niveau national et local s'intensifie ; le programme cherche aussi à promouvoir une coopération plus étroite entre les autorités locales, le secteur associatif et les prestataires de services privés. Les « centres familiaux », qui regroupent non seulement les services sociaux et les services de santé mais aussi les services offerts par le secteur associatif, sont un exemple de cette évolution.

De nouveaux centres intersectoriels offrant des services conjoints ont aussi été mis en place en Finlande. Une approche plus concentrée et plus radicale a été adoptée ici, la coopération entre secteurs portant à la fois sur le niveau opérationnel et sur le niveau stratégique. L'aspect le plus important d'un point de vue opérationnel est la création de nouveaux centres de services intersectoriels ou « agences à guichet unique ». Pendant la phase pilote, les services conjoints étaient appelés « centres de services conjoints » (JOIS), puis, lors de leur officialisation dans le cadre du nouveau programme national, ils ont été rebaptisés « centres de services pour les travailleurs ».

La modernisation des services publics d'aide à l'emploi est aussi un aspect essentiel des réformes en cours. La Finlande poursuit depuis longtemps une stratégie visant à regrouper l'ensemble des fonctions liées à l'emploi sous « un seul toit », à savoir l'administration du travail et les services publics de l'emploi. Aujourd'hui, pour la première fois, la Finlande prend des mesures qui rompent avec cette stratégie, en cherchant à la remplacer par un système permettant une meilleure utilisation des ressources horizontales au moyen de centres de services conjoints. D'autre part, les services publics de l'emploi subissent des pressions accrues du fait de la stagnation de l'économie et du marché du travail après une période

de forte croissance. Le nombre de chômeurs, après avoir chuté, atteint aujourd'hui un palier. Le ministère s'oriente de plus en plus vers la mise en place d'une stratégie mixte et de nouvelles structures organisationnelles.

L'intégration des services de l'emploi et des services d'aide sociale à Espoo (Finlande)

Les centres de services pour demandeurs d'emploi ont été créés en 2004 pour répondre aux besoins spécifiques des chômeurs de longue durée dont le nombre, malgré une certaine baisse, demeure important. L'Etat a la charge des services de l'emploi, les autorités locales celle des services sociaux et de santé. Le but est de fournir des services mieux adaptés aux chômeurs de longue durée en combinant les deux types de responsabilités au niveau local dans ces centres qui, en juin 2005, étaient au nombre de 28.

Les objectifs principaux des centres de services pour demandeurs d'emploi sont les suivants :

- réduire le chômage structurel et prévenir l'exclusion ;
- réduire le nombre de bénéficiaires de prestations de chômage ;
- accroître les possibilités de participation aux programmes de réinsertion active sur le marché de l'emploi ;
- renforcer la confiance des usagers dans leur capacité à prendre leur vie en mains et à trouver un emploi.

Le financement est assuré par l'Etat et la collectivité locale. L'évaluation des centres de services pour demandeurs d'emploi montre que :

- ces centres permettent d'obtenir des taux d'activation plus élevés qu'avec des services de l'emploi cloisonnés ;
- les enquêtes auprès des usagers font apparaître un taux de satisfaction élevé.

Leçons de la mise en place et de la gestion des centres de services pour demandeurs d'emploi

Des stratégies intégrées ont été développées à tous les niveaux afin d'assurer la participation de tous les acteurs aux étapes de planification et de mise en œuvre. Les leçons principales de cette réforme portent sur l'importance d'éviter toute domination d'un secteur sur l'autre, la nécessité de définir une conception commune de l'activation, et la complexité des tâches de gestion d'un réseau d'organisations et d'équipes pluridisciplinaires.

Communauté flamande de Belgique

Le processus d'intégration des services d'aide sociale et de santé en Belgique, en particulier en Flandre, a été engagé de diverses façons et à des niveaux différents. Parmi les procédures les plus importantes mises en œuvre à cette fin, on citera les réformes administratives, le soutien des fusions et projets coopératifs entre services par le biais d'une reconnaissance juridique et de subventions, et la décentralisation des services sociaux à l'échelon provincial et local.

La réforme nationale de 1980 et l'intégration des services sociaux

La réforme nationale de 1980 en Belgique a conduit à la réorganisation et à l'intégration des services d'aide sociale et de santé pour un grand nombre de prestations, en particulier dans le cadre des politiques d'aide sociale et de santé. Avec cette réforme, l'assistance individuelle a été transférée aux communautés et les différents services d'aide sociale et de santé relevant de plusieurs ministères nationaux ont été décentralisés. Les services sociaux qui dépendaient de plusieurs ministères ont été regroupés au sein du département de l'aide sociale, de la santé publique et de la culture du ministère de la Communauté flamande. Ce département ministériel a été chargé d'homologuer et de subventionner les services d'aide sociale et de santé à partir de 1980 ; il s'occupait aussi du contrôle de la qualité. En 2005, le gouvernement flamand a créé un nouveau ministère flamand de l'aide sociale, de la santé et de la famille. La région wallonne et Bruxelles ont également réorganisé leurs services d'aide sociale afin de mieux répondre aux besoins de leurs populations.

Le processus d'intégration réglementaire engagé au niveau des collectivités régionales

A la suite de la réforme nationale de 1980, la Communauté flamande, souvent à la demande du secteur, a pris diverses initiatives pour harmoniser certains services ou les engager à coopérer entre eux ou à fusionner. Le premier texte de loi sur l'intégration des activités d'aide sociale a été approuvé le 24 juillet 1991 par le parlement flamand. Ce texte avait quatre objectifs :

1. assurer une meilleure sécurité juridique aux activités d'aide sociale ;
2. améliorer la position et le profil du secteur au sein de l'ensemble des services d'aide sociale et de santé ;

3. restructurer les activités d'aide sociale afin de mettre en place un réseau cohérent et intégré de prestations équilibrées, étendues et d'accès facile ;
4. harmoniser le cadre réglementaire de l'ensemble des prestations des services généraux d'aide sociale.

Avec l'adoption en 1991 par le parlement flamand de la loi sur les activités d'aide sociale, les différentes formes d'activités externes ou en établissement ont été regroupées comme suit :

- a. activités résidentielles : centres d'aide sociale, centres familiaux, centres d'information et de conseil pour les jeunes, centres médico-sociaux, soutien aux victimes et assistance téléphonique ;
- b. activités semi-résidentielles ou en institution : supervision de jeunes et d'adultes vivant de manière indépendante, centres pour les sans-abri, refuges pour les femmes, centres communautaires pour les jeunes et assistance dans les situations de crise.

A la fin 1994, il existait 239 centres généraux d'aide sociale homologués, dont 39 étaient couverts par des assurances santé, cinq centres d'aide téléphonique (un par province) et 195 centres d'aide sociale indépendants homologués au titre de neuf règlements différents.

Les centres indépendants ou autonomes ont fusionné, conformément à une ordonnance du 21 septembre 1994, en une centaine de centres polyvalents d'accueil de jour ou de séjour.

A la suite de la loi adoptée le 19 décembre 1997 par le parlement flamand, ces centres ont de nouveau fusionné pour former 29 grands centres indépendants d'aide sociale. Les services d'accueil de jour et de séjour ont été intégrés.

Au 31 décembre 2003, on comptait 27 grands centres indépendants d'aide sociale en Flandre. Ces centres employaient 1 425 salariés à temps plein répartis dans 355 centres locaux ; en 2003, ils ont reçu de la Communauté flamande 49 millions d'euros pour couvrir leurs dépenses de personnel et leurs dépenses de fonctionnement. 1 075 équivalents plein temps sont subventionnés par le gouvernement flamand, le reste par les provinces et les municipalités. 41 prestations sociales sont prises en charge par les fonds d'assurance santé qui disposent d'environ 400 employés et reçoivent une subvention de la Communauté flamande s'élevant à 11 millions d'euros.

Intégration des services d'aide aux jeunes

L'intégration des services d'aide aux jeunes vise à créer des opportunités pour le développement des mineurs, de leurs parents et des membres de leur entourage, et à promouvoir leur santé et leur bien-être social. Il existe à cette fin un large éventail de formes de soutien. La loi sur l'intégration des services d'aide aux jeunes, adoptée le 7 mai 2004 par le parlement flamand, définit le cadre de la coopération et de la coordination intersectorielles. Elle énonce les objectifs et les principes de fonctionnement des services intégrés, désigne les secteurs concernés, propose un certain nombre de formes concrètes de coopération et de coordination, et instaure une politique intersectorielle.

Les services pour jeunes des secteurs suivants font partie des services intégrés d'aide aux jeunes : aide sociale, programmes spéciaux d'aide aux jeunes, centres familiaux intégrés, centres de soins de santé mentale, centres d'orientation scolaire « L'enfant et la famille » et Fonds flamand pour l'intégration sociale des personnes handicapés.

Un conseil consultatif et un comité de gestion des services intégrés d'aide aux jeunes ont été créés. Le comité de gestion regroupe les hauts fonctionnaires des secteurs concernés. Les acteurs de terrain, les mineurs et les parents sont représentés au sein du conseil consultatif. Les deux organes conseillent le gouvernement flamand au sujet des politiques d'aide intégrée aux jeunes.

Intégration de l'inspection médicale scolaire et des centres psycho-médico-sociaux, et création de centres de soutien scolaire pour répondre à une gamme étendue de besoins éducatifs

Le 1^{er} décembre 1998, la loi sur les centres de soutien scolaire adoptée par le parlement flamand a été signée par le ministre de l'Education et le ministre de la Santé. Grâce à cette loi, les services d'inspection médicale scolaire et les services psycho-médico-sociaux ont été intégrés au niveau de l'enseignement primaire et secondaire. Depuis la fusion des 104 centres d'inspection médicale scolaire et des 201 centres psycho-médico-sociaux pour créer 75 centres de soutien scolaire, les médecins et infirmières des écoles ont commencé à travailler en coopération avec des psychologues, des spécialistes de l'éducation et des travailleurs sociaux pour soutenir les écoles et les parents d'élèves. Les centres de soutien scolaire ont commencé à fonctionner dans l'ensemble le 1^{er} septembre 2000.

Intégration des centres de soins de santé mentale

Le processus d'intégration des services de santé mentale a été ouvert par la loi sur les soins de santé mentale adoptée par le parlement flamand le 18 mai 1999 et par le décret d'application du 17 décembre 1999. L'objectif était d'élargir le champ des prestations, de développer les fonctions de gestion, de définir clairement des alternatives et d'accorder une plus grande attention aux groupes vulnérables, notamment les enfants et les personnes âgées.

Un grand nombre de centres ont fusionné : sur les 84 centres qui existaient en 1988, 21 subsistent, répartis également dans toute la Flandre. Les aides à la gestion et le relèvement de l'échelle des salaires, qui a été portée au niveau de celle des hôpitaux, se sont traduits par une augmentation du budget. Celui-ci est passé de 28,9 millions d'euros en 1998 à 41 millions d'euros en 2004. En 1998, 620 postes à plein temps ont été subventionnés et 880 en 2003.

Consultation et coopération au niveau provincial

Le décret du 19 décembre 1997 portait création de structures provinciales responsables de la coordination et du développement de forums régionaux de consultation et de coopération, ainsi que de la mise en place de réseaux dans l'organisation du secteur de l'aide sociale.

La création d'une structure unique coordonnant les consultations et la coopération au niveau régional facilite les transferts d'utilisateurs en évitant les chevauchements et l'alourdissement des services, ce qui permet une amélioration des prestations.

Une commission provinciale de coordination a été créée afin d'assurer des consultations régulières, de faciliter les échanges d'expérience et de prendre des dispositions pratiques.

La « maison sociale » : intégration des fonctions d'aide sociale, de santé et d'égalité des chances par les municipalités

Les politiques sociales à l'échelon local visent à assurer le meilleur accès possible des citoyens aux services et, en particulier, à optimiser l'accès des catégories et des personnes les plus vulnérables. Les collectivités locales créent à cette fin des « maisons sociales » qui remplissent le rôle de guichet unique pour l'accès aux prestations sociales dans une municipalité, un quartier ou un district : la fonction de guichet unique permet l'accès intégré aux services sociaux offerts à la fois par la municipalité et

par le centre public d'aide sociale. Les citoyens peuvent ainsi plus facilement faire valoir leurs droits sociaux et recevoir une aide efficace. Si nécessaire, la maison sociale peut orienter le client vers le service adéquat.

Conclusion

Les processus d'intégration ont pour objectifs les plus importants : l'assurance qualité, la gestion finalisée et l'amélioration de l'accès pour les usagers. Ils permettent d'optimiser l'accès aux droits sociaux, en particulier l'accès des groupes sociaux les plus vulnérables, et de renforcer la cohésion sociale.

France

La réflexion portant sur l'amélioration des relations entre les usagers de services publics et de services sociaux² est étroitement liée en France à la réforme de l'Etat. A l'exigence d'efficacité de l'administration et des organismes privés en charge d'une mission de service public s'ajoute une préoccupation essentielle visant à assurer l'accès et la qualité des services rendus aux usagers. Aussi, dès le début des années 1980, les pouvoirs publics ont-ils entamé une « rénovation du service public ».

La promotion d'une « démarche qualité », la volonté de simplifier les démarches administratives ainsi que de faciliter l'accès des personnes à l'information et aux services publics se sont traduites par un ensemble foisonnant d'initiatives. Par ailleurs, le souci d'adaptation des services au plus près des besoins des usagers marque la consécration des services dits « de proximité ». Aussi, l'émergence de « guichets uniques », rassemblant dans un même lieu un ensemble de services publics et sociaux, caractérise-t-elle un des volets de cette réforme. Par ailleurs, la modernisation de l'Etat et de ses services intègre également les nouveaux paramètres de la communication que sont l'usage des nouvelles technologies (NTIC).

En ce sens, l'expérience des centres communaux et intercommunaux d'action sociale apparaît emblématique. Aux soucis de répondre aux besoins des habitants de leur commune, s'ajoutent celui d'un accompagnement

2. Définition des services sociaux par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : services et programmes visant à apporter une aide sociale aux personnes qui, en raison de leur âge, de leurs moyens financiers, du chômage, de leur état de santé ou d'une incapacité, ont besoin d'aide pour faire leurs courses, pour les travaux ménagers, les transports, leur entretien personnel et l'entretien des autres, afin de leur permettre d'avoir une vie aussi normale que possible.

de qualité visant à simplifier l'insertion des personnes fragilisées dans le tissu social local.

La modernisation de l'Etat et des services publics par la promotion de services publics de qualité et de proximité

Pour une intégration des services publics et sociaux dans un contexte économique et social en pleine mutation

A la fin des années 1980 s'amorce en France une réflexion orientée sur la modernisation des services publics. Il s'agit de rendre l'administration plus proche des citoyens, et d'offrir des services publics plus efficaces et économes.

Quatre objectifs principaux à la politique d'accueil et de service en direction des usagers sont inscrits :

– Développer l'information du public

Il s'agit d'améliorer l'information du public par la diffusion de guides télématiques et la possibilité de disposer de renseignements précis dans le plus bref délai. Ainsi, le développement de structures polyvalentes, regroupant sur une même plate-forme téléphonique des conseillers provenant de différents ministères fut encouragé. Le recours à d'autres moyens de communication tels qu'internet, l'audiovisuel et la télécopie est également mentionné.

– Personnaliser les relations entre les agents et les usagers

La personnalisation des relations entre les agents et les usagers nécessite une traçabilité des dossiers des usagers suivis par les agents publics. Aussi, le nom de l'agent, l'adresse et le numéro de téléphone de son service doivent-ils figurer dans toutes correspondances administratives. La polyvalence de l'accueil et la possibilité d'offrir une prise en charge globale de l'utilisateur sont des objectifs vers lesquels tous services publics et sociaux doivent tendre.

– Simplifier les formalités et démarches administratives

Il s'agit de faciliter en permanence les démarches des usagers en simplifiant les formalités et les démarches administratives, en harmonisant et assouplissant les modalités imposées par les différents services pour justifier de l'identité, des ressources, du domicile des usagers ainsi que de raccourcir les délais et l'accès aux documents administratifs.

Par ailleurs, les nouvelles technologies sont également perçues comme une voie de simplification des démarches administratives, par la mise en ligne de formulaires simplifiés, et le développement d'échanges par courriers électroniques. Les travaux de dématérialisation des formulaires connaissent des développements conséquents, notamment dans le champ des marchés publics.

– Promouvoir la participation des usagers

L'utilisateur doit devenir un partenaire des administrations, établissements publics et organismes privés en charge d'une mission de service public. Son implication dans les projets publics est affirmée comme une condition essentielle pour l'amélioration des services publics. Aussi la circulaire préconise-t-elle le développement de comités ou d'associations d'utilisateurs afin de recueillir des utilisateurs une évaluation du fonctionnement et de la qualité du service rendu.

Une intégration institutionnelle des services publics et sociaux

Un Comité d'orientation pour la simplification du langage administratif (COSLA) ainsi qu'un Comité d'orientation pour la simplification administrative (COSA) ont été créés afin d'expertiser tout projet de simplification des formulations et des réglementations administratives.

La direction générale de la modernisation de l'Etat, nouvellement créée, se voit assigner la triple mission de promouvoir les actions destinées à mieux prendre en compte les attentes utilisateurs, et à assurer et évaluer la qualité du service rendu, de coordonner les actions de simplification du droit et d'allègement des formalités administratives, de participer aux travaux d'amélioration de la qualité de la réglementation et de la clarté du langage administratif.

Les outils de la rénovation des relations entre « utilisateurs » et services publics/sociaux

Pour la qualité de l'accueil dans les services publics : la Charte Marianne

Si la Charte Marianne est, d'abord, un socle commun d'engagements en terme d'accueil, d'écoute et de délais de réponse, c'est aussi des références méthodologiques (un guide « Charte Marianne », un guide de la mesure sur le suivi des engagements, un guide sur l'accueil des personnes en difficulté) et une identité visuelle. La cinquième rubrique de la charte, intitulée « A votre écoute pour progresser », rappelle la nécessité pour

chaque service de mesurer ses résultats et d'interroger régulièrement ses usagers. En complément de ces mesures locales, le secrétaire d'Etat à la réforme de l'Etat a souhaité que soit mis en place un dispositif d'évaluation externe basé sur le principe des « usagers mystère ».

Des guichets adaptés à des publics particuliers

La logique des guichets uniques vise à prendre en compte la situation des usagers dans leur globalité, ainsi que de faciliter leurs démarches en leur offrant une prise en charge rapide et un accès direct aux services compétents.

Ces guichets uniques ont en commun de réunir sur un même lieu différents intervenants, qu'ils soient institutionnels ou associatifs, afin de faciliter concrètement l'accès direct des usagers au bon service pour obtenir les renseignements et conseils attendus. *La proximité avec l'usager est l'un des fondamentaux de ces dispositifs dits de « guichets uniques. »* Construits sur cette même logique, les guichets uniques sont toutefois ciblés sur des publics parfois distincts.

Les maisons de services publics ont pour mission première de couvrir des territoires, qu'ils soient urbains ou ruraux, démunis en services (désertification, habitat dispersé, zones urbaines sensibles), et poursuivent la vocation généraliste d'apporter une réponse aux usagers à toute demande de renseignement. Ensuite ont été créées les maisons de l'emploi, ciblées sur le public des chercheurs d'emploi, et les maisons du handicap, destinées à l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes handicapées. A la polyvalence s'adjoint donc une spécialisation de certains guichets dits uniques dans la prise en charge de publics particuliers.

Un nouveau dispositif, les pôles d'accueil en réseau pour l'accès au droit sociaux, « PARADS », a été créé. Ils répondent à la fois au projet de « guichet unique » et de création des pôles de premier accueil commun sur les droits sociaux. Par ailleurs, ils s'inscrivent dans une logique d'ancrage territorial et de développement social local. C'est pourquoi leur conception doit s'appuyer sur des diagnostics territoriaux et un choix d'implantation stratégique au regard de l'environnement institutionnel, administratif et associatif. Ils devront s'articuler avec les autres dispositifs d'accueil généraliste et les lieux d'information plus ciblés tels que les points infos familles, les maisons de l'emploi ou encore les permanences d'accès aux soins de santé.

Ainsi, les « PARADS » ont pour finalité de remédier à l'insuffisante prise en compte de la parole des personnes en situation de précarité et d'exclu-

sion sociale. Leur rôle est de faciliter l'accès de ces personnes à l'information ainsi qu'à les accompagner dans leur demande d'ouverture de dossier pour des droits sociaux. Par ailleurs, ils répondent aux préoccupations de qualité et d'efficacité des services rendus, leur cahier des charges contenant des exigences en terme de participation des usagers et d'évaluation des actions réalisées. Ils contiennent également un volet portant sur l'usage des nouvelles technologies. Il est précisé en effet qu'une présence physique des partenaires dans une même structure n'est pas requis : une mise en réseau des acteurs est fortement attendue.

La multiplication des guichets uniques caractérise le paysage institutionnel en France. Pour pouvoir durer, ces guichets doivent disposer d'un solide ancrage territorial, de partenariats consolidés et de sources sûres de financement. De plus, le réseau des centres communaux d'action sociale préfère l'idée d'un « guichet de proximité » plutôt que celle de guichet unique.

Grèce

Interventions intégrées pour les femmes en Grèce

L'initiative pour fournir des services intégrés pour les femmes sans emploi ou exposées au risque d'exclusion sociale est partie d'un travail débuté il y a dix ans. Le Secrétariat général pour l'égalité et le Centre de recherche pour l'égalité des sexes ont mis en place un projet pilote qui emploie une équipe interdisciplinaire fournissant des services de conseil et d'information. La méthodologie de l'unité comporte trois piliers principaux :

- la prestation d'un ensemble complet de services (par exemple des conseils psychologiques et juridiques, un conseil d'orientation professionnelle) pour permettre à l'unité de fonctionner comme un « guichet unique » afin que les femmes puissent recevoir des services différents mais intégrés et adaptés à leur recherche d'emploi ;
- l'approche tenant compte des besoins des deux sexes permettant aux femmes de comprendre, négocier et – si nécessaire – redéfinir leur rôle social ;
- le travail en réseau pour les agences concernées.

L'unité a commencé à fonctionner à Athènes mais s'est finalement étendue à d'autres villes. Les observations importantes étaient que les agences gouvernementales avaient du mal à informer les femmes sur les politiques et les services pour les aider en matière d'emploi ; et qu'il fallait : *a.* des réseaux efficaces pour diffuser les informations ; *b.* des services décentralisés adaptés aux besoins locaux ; et *c.* un engagement au plus haut niveau.

En s'appuyant sur l'expérience initiale, les bailleurs de fonds originaux ont conçu en 2003 le programme « Interventions intégrées pour les femmes ». Ce programme comprend notamment :

- une unité intégrée (comme ci-dessus) dans les 13 préfectures de la Grèce ;
- des unités pour former des partenariats public-privé entre les agences compétentes dans ce domaine ;
- des unités pour établir des « plans d'action » visant à mettre en place des interventions intégrées avec des services déterminés – pas uniquement des conseils comme précédemment ;
- des plans d'action surveillés au niveau central.

L'évaluation de ce programme est en cours, dont les premières indications montrent :

- que l'engagement du plus haut niveau est indispensable au succès. Le principal obstacle à l'avancement est la réticence des autorités locales à soutenir le programme ;
- que les partenariats ne fonctionnent pas tous efficacement, par exemple des disputes existent entre les partenaires ;
- que les coûts de l'intégration des services sont réduits.

Ce modèle de services intégrés peut s'appliquer à d'autres populations cibles nécessiteuses, par exemple pour la réadaptation des personnes souffrant de troubles mentaux.

Islande

Depuis plus d'une décennie se poursuit en Islande un débat animé entre hommes politiques et décideurs, et aussi à la base, « sur la nécessité d'une intégration des services sociaux à d'autres services personnels, notamment dans le domaine de l'éducation, de la santé et de l'aide aux handicapés ».

Depuis 1994, certaines régions ont commencé à intégrer à titre expérimental les services d'éducation, de santé et d'aide aux handicapés aux services sociaux mais il n'existe toujours pas de politique officielle d'intégration. Le Gouvernement islandais a déclaré récemment qu'il ne passerait aucun accord nouveau avec des collectivités locales au sujet de l'intégration des services sociaux et familiaux tant que la taille et les compétences des municipalités ne seraient pas modifiées.

La municipalité de Reykjavík a adopté une politique très claire : le conseil municipal a décidé d'intégrer l'ensemble des services familiaux fournis par la municipalité et, en particulier, les services sociaux, les services spécialisés pour enfants d'âge préscolaire et enfants du primaire, et les services de soutien aux jeunes, répartis dans six centres autour de Reykjavík. Cette politique se situe dans le droit-fil du processus antérieur d'intégration de services sociaux comme les services de logement social, les prestations de logement et les services d'aide aux personnes âgées et aux handicapés. Les objectifs sont les suivants : améliorer la qualité des services, faciliter l'accès des usagers aux services et permettre aux responsables de ces services de disposer d'une vue d'ensemble de la situation de chaque individu et surtout de chaque famille.

L'Islande n'a pas adopté de législation spécifique sur l'intégration mais de nombreux textes de loi comme la loi sur les services sociaux, la loi sur les droits des personnes handicapées et la loi sur la protection de l'enfance recommandent en fait l'intégration des services, en particulier dans le cas des personnes présentant des besoins complexes.

Les projets expérimentaux mentionnés plus haut comprenaient plusieurs exemples d'intégration verticale des services sociaux entre les municipalités/collectivités locales et l'Etat. Ces projets sont devenus des dispositifs permanents qui donnent d'assez bons résultats. Un programme pilote de deux ans pour l'intégration des services à domicile (fournis par la municipalité) et des soins à domicile (fournis par l'Etat) aux personnes âgées de Reykjavík s'est également achevé. Il s'agit dans ce cas plus d'un partenariat que d'une intégration véritable. L'une des conclusions de ce programme pilote est que les deux types de tâches doivent être placés sous la responsabilité de l'un ou l'autre des partenaires et exécutés par lui. Toutefois, ce modèle d'intégration est considéré comme préférable au cloisonnement antérieur des services.

L'intégration est conçue en Islande comme devant bénéficier en priorité aux personnes les plus vulnérables, comme les handicapés et les personnes âgées, et aux personnes qui ont de multiples problèmes. A

Reykjavík, la prévention est aussi mise en avant afin de pouvoir identifier rapidement les enfants à risques et/ou présentant des besoins spéciaux et leurs familles. Les évaluations réalisées jusqu'ici indiquent que les usagers sont favorables au nouveau mode de fourniture des services.

Deux études des expériences d'intégration verticale abordent la question des coûts. Ces études montrent que les coûts ne sont pas plus élevés que dans le système précédent et qu'au moins la moitié des fonds publics sont probablement utilisés de manière plus rentable.

On peut considérer que, dans les régions où l'intégration verticale des services sociaux a été mise en œuvre pendant la dernière décennie, l'approche adoptée correspond au niveau 2 de l'échelle d'intégration (fonctionnement de l'ensemble du système). Cette approche a donné de bons résultats dans ces régions mais n'a pas été appliquée dans le reste du pays. Tel est le cas également dans les centres de services de la municipalité de Reykjavík (niveau 2) dont les pratiques restent différentes de celles en vigueur dans tout le pays.

Le programme pilote d'intégration des services d'aide et de soins à domicile mis en œuvre à Reykjavík correspond sans doute au niveau 5 de l'échelle d'intégration (coopération et coordination planifiée et durable des services) car les services en question sont aujourd'hui mieux planifiés, avec un degré de coopération satisfaisant, bien que les deux types de services demeurent distincts.

Le principal problème à surmonter dans le processus d'intégration concerne l'attitude du personnel, en particulier celle des professionnels qui cherchent en général à préserver leur statut et leur identité professionnelle. Ces questions de pouvoir et de statut sont étroitement liées à l'existence de « cultures » différentes dans les divers domaines concernés.

Ces questions ne doivent pas être sous-estimées, de même le fait que certaines catégories d'usagers, en particulier les plus fragilisés, connaissant de multiples problèmes, disposent d'un statut moindre que d'autres ayant des besoins mieux acceptés, même temporaires, ce qui revient finalement à négliger les personnes qui en ont le plus besoin.

Italie

Comme on le verra plus loin, l'Italie se trouve à une étape particulièrement intéressante de l'intégration de ses services sociaux en raison de l'adoption d'une nouvelle législation et du lancement d'un grand programme national d'intégration des services. Il existe actuellement trois niveaux d'intégration

des services sociaux : premièrement, l'intégration entre les services sociaux et les services de santé ; deuxièmement, l'intégration des services sociaux aux secteurs correspondants d'autres services comme l'éducation, la formation et l'emploi ; troisièmement, l'intégration de ces divers aspects dans le cadre d'importants programmes de développement local.

La loi-cadre pour le développement de systèmes intégrés d'interventions et de services sociaux a représenté un pas en avant important dans le programme d'intégration. Divers facteurs ont rendu nécessaires l'introduction de nouveaux modèles et la mise en place de procédures moins lourdes au point de vue administratif et mieux adaptées au contexte local. La mise en avant de la qualité et des usagers des services a été à l'origine d'un lent processus de redéfinition des politiques dans une perspective d'intégration.

En Italie, la gestion du processus de redéfinition des politiques sociales a été confiée aux municipalités qui assurent la coordination de l'ensemble du processus sur leur territoire. Le « plan de zone », un document de programmation locale qui doit être approuvé par les acteurs concernés et qui constitue le premier niveau d'intégration des politiques et des interventions dans le domaine social, représente le principal outil dont se servent les municipalités à cette fin. Les acteurs sociaux des principaux secteurs concernés participent à des « séances de consultation » et contribuent de façon très importante à la conception des « plans d'intervention » locaux.

Services sociaux intégrés en Italie

Une loi-cadre a été introduite en 2000 pour le développement de systèmes intégrés d'interventions et de services sociaux. Cette loi – d'application nationale – précise deux niveaux d'intégration :

- l'intégration entre les différentes politiques, c'est-à-dire les programmes sur la santé, l'éducation, la formation, l'emploi, la culture et les loisirs, et le regroupement territorial, afin de définir des programmes d'intervention à l'échelon macro ;
- les processus d'intégration entre les services sociaux visant différentes catégories d'usagers (personnes âgées, handicapés, enfants, familles, etc.). A ce deuxième niveau, l'intégration concerne l'ensemble des services susceptibles de coopérer pour répondre aux diverses formes que prennent les besoins individuels (aide sociale, santé, éducation, formation et emploi).

Un modèle déjà bien établi dans certaines régions du pays concerne les services d'aide sociale et de santé à l'intention des personnes âgées, des handicapés et des mineurs défavorisés. Le bureau des services sociaux et l'organisme local de santé préparent conjointement un plan d'intervention afin de mettre en place des services intégrés dans le domaine sanitaire et social. Un autre modèle pour les politiques de l'enfance est défini dans la loi n° 285 de 1997. Cette loi prévoit l'établissement, par les municipalités, les services de santé locaux et les écoles, de programmes de « rattrapage scolaire », d'« éducation interculturelle », d'« aide sociale intégrée » et de « promotion sociale » gratuits et ouverts à tous les enfants et adolescents dans les centres socioéducatifs territoriaux.

Les structures et actions au niveau territorial constituent l'aspect central de ce programme national d'intégration, en particulier :

- la « mobilisation de tous les acteurs impliqués » comme l'intégration sociale et sanitaire par la coopération des municipalités et des établissements de santé locaux ;
- « des actions concertées et une coopération entre tous les acteurs publics et privés » ;
- un « secrétariat social » qui sera nommé pour garantir aux usagers un « accès unique » aux systèmes des services, et pour servir d'intermédiaire entre les différentes agences locales dans un réseau intégré.

En 2001, la réforme du chapitre V de la Constitution italienne a introduit des changements très importants du système d'aide sociale en attribuant des compétences exclusives aux régions et en confiant d'autre part à l'Etat la responsabilité de définir les « niveaux essentiels » de l'aide sociale³. La réforme a également reconnu les compétences des municipalités dans la fourniture de services sociaux personnels. Il en est résulté une redéfinition des compétences et des tâches respectives de l'Etat, des régions et des municipalités, qui a renforcé la nécessité d'une coordination et d'une intégration des interventions en matière sociale.

3. La tâche principale de l'Etat à cet égard est d'assurer le développement sur l'ensemble du territoire national d'une offre homogène (« niveau essentiel ») de services sociaux (services et prestations en espèces).

Avec le nouveau cadre institutionnel et réglementaire, la question de l'intégration est devenue encore plus pertinente, en particulier l'intégration verticale entre les grands acteurs institutionnels (Etat, régions et municipalités).

Etant donné la complexité et la grande diversité de ce cadre politique, le gouvernement central a décidé de lancer un projet intitulé « Planification conjointe : les processus d'intégration des services locaux d'aide sociale » pour étudier la mise en place du programme national d'intégration : « Le projet a étudié les processus d'intégration en portant un regard particulier sur l'intégration verticale entre les régions et les municipalités, l'intégration horizontale aux niveaux locaux entre les différentes parties prenantes et l'intégration entre les politiques de soins de santé et les politiques sociales dans les unités de soins municipales et locales. »

L'évaluation conduite dans le cadre de ce projet a cherché en particulier à déterminer l'impact de divers facteurs politiques, institutionnels et organisationnels sur les processus et mécanismes d'intégration des politiques sociales.

Les activités de recherche menées dans ce contexte visent à établir *si* et *comment* les processus d'intégration et de participation au niveau local peuvent contribuer à la planification et à la mise en œuvre des « plans de zone ».

Le rapport final recense un certain nombre de procédures et d'activités considérées comme des pratiques exemplaires à diffuser dans toute l'Italie.

Un aspect important de ce travail au niveau local, où sont fournis les services, est l'attention accordée à l'intégration dès le début de l'ensemble du processus. Une stratégie efficace consiste à mettre en place, dès l'étape de la planification, une approche intégrée entre les secteurs politique, institutionnel et associatif. En cas de réussite, l'intervention et la planification intégrées favorisent le développement d'un réseau local de services d'aide sociale.

A un premier niveau, des « *tables de négociation* » auxquelles participent l'ensemble des acteurs sociaux (administrations, services publics, organismes d'aide sociale, organisations du secteur associatif et citoyens) définissent les principales questions à traiter et en débattent.

A un deuxième niveau, des « *groupes de travail intégré* » (consacrés à divers problèmes sociaux) jouent un rôle essentiel dans la définition des modalités techniques des principaux projets et actions relevant du programme local d'intervention. Des professionnels du secteur social, éducatif, de la santé et des services locaux participent à ce travail.

A un troisième niveau, les acteurs institutionnels et politiques décident quels projets et actions doivent être inclus dans le document officiel. Cette approche circulaire favorise le dialogue à différents échelons et assure aussi l'intégration de la fourniture des services.

Enfin, les facteurs politiques et institutionnels sont déterminants pour obtenir des résultats positifs en termes d'intégration et améliorer les normes et la qualité des services.

Lettonie

On observe quelques progrès, limités toutefois, vers l'intégration des services sociaux dans les services tels que la santé. Le système global se caractérise par des responsabilités déléguées à différentes administrations, avec diverses sources de financement. Chaque type de service a été développé seul. Une intégration importante nécessite une décentralisation des responsabilités et du financement des services vers le gouvernement local.

Toutefois, le développement de structures uniformes de soins de santé et de services sociaux a permis une certaine intégration entre les services sociaux/l'assistance sociale et les services de santé au niveau du gouvernement local. En raison du manque de ressources budgétaires publiques pour la prestation de services de santé (y compris les médicaments remboursables), les prestations sociales fournies par le gouvernement local compensent en partie les dépenses effectuées par les personnes nécessiteuses qui reçoivent des services de santé et achètent des médicaments remboursables.

Malte

Les services sociaux maltais sont restés jusqu'ici séparés. Le plan national d'action contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2004-2006) lancé récemment par le Gouvernement maltais est la première initiative qui se rapproche d'une certaine façon de l'intégration des services sociaux.

Comme les 24 autres Etats membres de l'Union européenne, Malte coordonnera un programme d'intégration sociale visant à relever le niveau de l'emploi et à améliorer la formation, afin de réduire la pauvreté et l'exclusion sociale et de promouvoir, par conséquent, l'accès aux droits sociaux. La démarche stratégique du plan s'appuie sur la collaboration entre les entités pour réduire la pauvreté et l'exclusion sociale. Elle prévoit aussi la poursuite du travail commun et la fusion ultérieure des entités pour résoudre ces grands problèmes sociaux.

Le service social maltais qui se rapproche aujourd'hui le plus d'un service intégré à l'intention d'une catégorie particulière d'utilisateurs est le projet pilote du centre communautaire appelé ACCESS. Ce projet a été lancé en novembre 2002 sous l'égide du ministère des Affaires sociales (devenu aujourd'hui le ministère de la Famille et de la Solidarité sociale).

Le complexe ACCESS : un centre de ressources familiales et communautaires à Malte

Créé en 2002, ce centre de services à guichet unique est situé dans une zone à forte densité démographique où existent de nombreux besoins. Le gouvernement et les ONG ont participé à la conception du centre qui offre de multiples services dans les domaines suivants : travail social et activités dans la communauté, crèches et soutien familial, emploi et formation, sécurité sociale, logement, formation pour adultes et formation pour personnes handicapées. Un comité d'administration supervise la stratégie et les politiques du centre. Un comité de gestion est chargé des aspects opérationnels et de la direction des services.

Les usagers des services sont envisagés globalement comme des individus présentant souvent divers besoins liés entre eux et auxquels il est souvent plus facile de répondre à l'aide de services intégrés. Comme exemples de travail intégré sur des projets/services conjoints, on peut citer :

- le « club de l'emploi », un projet développé conjointement par les services de la communauté de Cottonera et l'agence de l'emploi et de la formation. Ce projet s'adresse aux jeunes sortis du système scolaire et cherche à leur apporter une formation à base de compétences et un soutien pour leur permettre de trouver un emploi et de s'intégrer à la société ;

- le projet « Femmes au travail », géré par les mêmes partenaires, est axé sur le chômage des femmes et offre des formations personnalisées afin de les aider à acquérir une plus grande confiance dans leurs capacités et de soutenir leur motivation à trouver un emploi. L'un des aspects importants de ce projet est l'encadrement individuel des femmes ;
- le cours de « compétences parentales » à l'intention des personnes handicapées, organisé conjointement par la crèche et le centre de formation pour adultes.

Le centre s'efforce au maximum de faire participer la communauté locale à ses activités afin que celle-ci puisse se les approprier. Plusieurs méthodes sont utilisées à cette fin : un projet d'alphabétisation, l'organisation de foires et de journées portes ouvertes à l'intention de la population locale avec distribution d'information par tous les services du centre, l'organisation de campagnes sur la sécurité routière et sur la sécurité au foyer, et l'intervention d'une troupe de théâtre dans les écoles locales sur des thèmes sociaux. Il est prévu également de créer un café internet pour aider les usagers à développer leurs compétences informatiques.

Résultats et évaluation. Les principaux avantages de ce centre sont les suivants : un accès plus direct aux droits sociaux et une approche globale et coordonnée de la fourniture des services ; une plus grande efficacité des transferts entre services ; une mise en commun de l'expertise entre services aboutissant à la fourniture de services plus complets, plus efficaces. Les activités du centre, cependant, n'ont pas encore été formellement évaluées. Dans l'idéal, un point unique d'évaluation devrait être mis en place pour les usagers mais cela n'a pas encore été fait.

Pays-Bas

A partir du 1^{er} juillet 2006, la loi relative à l'assistance sociale (*Wet maatschappelijke ondersteuning*⁴) devra être appliquée dans toutes les municipalités des Pays-Bas. En vertu de cette loi, la responsabilité publique

4. Dans les lignes directrices pour la mise en œuvre de cette loi (SGBO, mars 2005), l'assistance sociale est définie comme couvrant les mesures qui visent à « rétablir lorsque cela est nécessaire la contribution sociale des individus, à restaurer leur capacité à se prendre en charge, à les préparer à participer à la vie de la société [...] ».

de la mise en œuvre des mesures d'assistance sociale reposera sur les municipalités qui devront rendre des comptes aux citoyens sur l'exécution de cette responsabilité. Il est naturel que les municipalités jouent un rôle directeur en ce domaine en raison de leur mandat public régulièrement soumis à l'évaluation des citoyens. Les municipalités sont les seuls acteurs capables de diriger les développements au niveau local et de poursuivre une politique intégrée tenant dûment compte de la situation locale et des souhaits du public. Les municipalités sont mieux placées que tout autre acteur pour assurer une offre cohérente de services pertinents, adaptés aux individus et à leurs besoins. Par « rôle directeur », il faut entendre dans ce contexte la capacité de prendre des initiatives et d'appeler les parties concernées à rendre des comptes quant à l'exécution de leurs responsabilités. Cela nécessite par exemple la coopération des sociétés de logement et des bureaux de gestion des services. Les tâches et responsabilités des sociétés de logement et des prestataires de services sont bien définies dans la législation et offrent par conséquent un point de départ suffisant pour la réalisation des objectifs conjoints. Si la cohérence entre services est difficile à établir, l'Etat sera prêt à intervenir au titre du droit administratif, conjointement avec le ministère du Logement (qui dispose d'un pouvoir de contrôle), pour aider à assurer la coopération entre les services.

Les catégories les plus importantes auxquelles s'adressent les services sociaux ont des besoins complexes et nécessitent un programme intégré d'interventions. Les services doivent être d'un accès facile, avec un seuil d'accès peu élevé, une information claire, une détection rapide des problèmes, une intervention rapide en cas de problèmes plus graves et des modalités simples de transfert d'un service à l'autre.

Les municipalités doivent fournir un système cohérent de mesures d'aide aux habitants qui ne peuvent résoudre leurs problèmes par leurs propres moyens ou avec l'aide d'autres personnes, notamment en ce qui concerne les travaux ménagers, l'aide sociale, l'adaptation du logement ou le déplacement en chaise roulante. Les municipalités doivent définir elles-mêmes les modalités de cette aide ; chaque municipalité peut à cet égard faire des choix différents mais elles doivent toutes faire participer le public et expliquer clairement les services qu'elles offrent et les résultats qu'elles en attendent dans un certain nombre de domaines particuliers.

La loi accorde aux municipalités une latitude suffisante pour développer et mettre en œuvre leurs politiques au niveau local. Elle prévoit que chaque municipalité développe un plan local. Les dépenses résultant de l'exécution des responsabilités municipales sont couvertes par le Fonds des

municipalités. La loi autorise aussi les bénéficiaires de prestations à choisir entre des soins en nature ou un budget personnalisé (ou forfait patient).

En dehors de la loi sur les mesures d'aide sociale, aucun texte législatif ne traite de manière spécifique de l'intégration des services sociaux et les projets de loi du gouvernement de coalition actuel ne contiennent aucun texte en ce sens. L'intégration, cependant, est l'une des idées directrices du projet de loi sur l'assistance sociale.

Les personnes vulnérables qui devraient bénéficier de l'intégration sont les suivantes :

- les personnes dont l'autonomie est gravement réduite, en particulier les personnes âgées qui ne peuvent plus vivre de manière indépendante ou qui reçoivent des soins en institution ;
- les personnes souffrant de problèmes psychologiques chroniques, y compris les sans-abri ;
- les personnes atteintes de troubles cognitifs, en particulier lorsque ceux-ci sont associés à des troubles comportementaux ;
- les personnes ayant des problèmes psychosociaux ou des problèmes matériels graves ;
- les personnes ayant des problèmes familiaux ou de développement graves, en particulier les jeunes en contact fréquent avec la police et les tribunaux pour des délits pénaux ;
- les personnes concernées par la violence domestique (victimes, familles, auteurs de violences⁵) ;
- d'autres personnes présentant des problèmes multiples⁶.

Le coût de l'exécution au niveau municipal des tâches résultant de la loi relative à l'assistance sociale sera financé à partir du Fonds des municipalités. La loi autorise les bénéficiaires des services à choisir entre des soins en nature et un budget personnel ou forfait patient. La loi AWBZ⁷ et la loi sur l'assistance sociale sont complémentaires. Le premier de ces textes sera actualisé au cours des prochaines années ; suite à ce processus, un nombre croissant de dispositions et services seront en fait couverts par la

5. En particulier les femmes, les personnes âgées et les enfants victimes de violences.

6. Il s'agit généralement de personnes ne présentant pas une demande explicite qui sont regroupées sous la catégorie « OGGZ » (soins de santé mentale).

7. Loi sur les dépenses médicales à caractère exceptionnel.

loi sur l'assistance sociale. Cela est nécessaire également pour permettre que le financement s'effectue sur la base des fonctions.

L'idée d'une « échelle » intergouvernementale (modalités hiérarchisées d'intégration formelle ou exécutoire) n'a pas sa place dans les politiques d'aide sociale des Pays-Bas. L'idée directrice est au contraire la suivante : lorsque la loi relative à l'assistance sociale entrera en application, chaque municipalité devra « exécuter » les tâches qui lui ont été attribuées. Des « domaines de performance » préciseront les différents aspects que « la municipalité doit inclure dans ses délibérations ». Les municipalités ne seront pas toutes obligées de mettre en œuvre tous les aspects indiqués dans les domaines de performance mais elles devront justifier leurs décisions à ce propos devant les habitants. Il ne s'agira pas pour elles d'appliquer dans tous ses détails la législation centrale au niveau local, non plus que de définir leurs politiques dans une autonomie totale. Le système repose sur des services définis à l'échelon central et devant être fournis sur une base individuelle ; les droits individuels, par conséquent, ne sont pas suffisamment pris en compte. La prise de décision au niveau local, les discussions locales et les activités locales d'aide devraient assurer pour le moins une plus grande souplesse à cet égard.

Les lourdeurs administratives et le cloisonnement des responsabilités sont les principaux obstacles s'opposant à une intégration effective des services. Les acteurs qui s'efforcent scrupuleusement de faire progresser l'intégration finissent souvent par passer un temps considérable en réunions sur l'échange d'expériences, les transferts entre services et l'élaboration de protocoles et de lignes directrices à l'intention des responsables de services. Les professionnels supposés travailler ensemble à l'intégration des services sont évidemment eux-mêmes des employés : ils travaillent sous le contrôle des dirigeants de l'institution ou de la fondation à laquelle ils appartiennent. Et ces dirigeants, malheureusement, ont leurs problèmes propres : ils doivent s'occuper de questions de trésorerie, satisfaire les membres de leur comité d'administration ou effectuer des coupes budgétaires, par exemple. Ils établissent donc généralement une liste de priorités. Les tâches les plus importantes de leur point de vue sont évidemment celles qui concernent en premier lieu l'organisme dont ils ont la charge, c'est-à-dire les tâches qui contribuent directement au maintien et à la sécurité de l'institution ou de la fondation. Le travail avec d'autres professionnels, *hors* du champ de compétence de ces dirigeants, ne fait jamais partie de ces priorités.

Les questions sur le *pourquoi* et le *comment* de l'intégration des services sociaux, *pour qui* et avec quels types de spécialistes et dans quelles insti-

tutions, suscitent de nombreuses réponses mais la question de fond est rarement posée : qu'est-ce qu'un service intégré et à quoi ressemble-t-il en fait dans telle ou telle situation particulière ? Par exemple : combien d'heures d'aide à domicile, combien d'heures de conseil et de soutien dans le bureau d'un professionnel, combien d'aide pour remplir les procédures administratives et combien d'heures d'aide ménagère ? Les services, bien entendu, doivent être personnalisés, mais s'il était possible de décrire avec plus ou moins de détails les modalités concrètes de fourniture des services intégrés – combien de temps, à quel coût –, cela renforcerait la sensibilisation à l'importance de l'intégration des services sociaux.

On manque en général d'exemples de bonne pratique basés sur des faits. Il existe de bonnes pratiques en beaucoup d'endroits différents mais celles-ci sont rarement transposables en raison de leurs aspects locaux ou individuels.

Dans tous les pays développés, les hommes politiques s'efforcent de traiter le problème des groupes marginalisés : bénéficiaires de prestations sociales de longue durée (handicapés et personnes âgées mis à part), personnes dont le comportement trouble la vie dans les quartiers, alcooliques et toxicomanes, jeunes qui abandonnent leur scolarité et participent à la délinquance, etc. Les services sociaux ont peu de succès avec ces catégories de personnes, en partie parce que celles-ci sont fréquemment perçues comme des « perdants » ou des victimes du système.

Il est impossible, bien entendu, de contraindre un individu à adopter un comportement d'évitement des risques. La prévention, bien qu'elle représente toujours la meilleure solution, n'est pas toujours possible. C'est pourquoi les hommes politiques se tournent vers les services sociaux sans savoir toujours si ceux-ci sont en mesure d'apporter ou non leur aide. Contrairement à ce qui se passe dans le domaine du logement ou de l'éducation, il est souvent difficile de déterminer les résultats de ce type d'intervention (sur la base de données) au regard des sommes investies. Les services sociaux sont toujours dispersés ; il s'agit d'une intervention à petite échelle. Du fait de l'absence d'alternatives, nombreux sont ceux qui pensent que les résultats seront meilleurs lorsque les services sociaux seront intégrés (et donc de plus grande portée), à la fois entre eux et avec d'autres services apparentés dans les domaines du logement, de la sécurité et de l'éducation.

Les écoles communautaires aux Pays-Bas

Les écoles communautaires sont apparues aux Pays-Bas il y a une dizaine d'années. Il en existe maintenant 500. Ces écoles ont commencé à se développer lorsque les politiques d'aide sociale et d'éducation ont été dévolues aux municipalités, ce qui a permis la mise en place de politiques locales intégrées en direction des jeunes.

Ce modèle d'intégration des services locaux au sein des écoles n'est pas propre aux Pays-Bas ; des développements semblables ont eu lieu en Scandinavie, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis. Les écoles communautaires cumulent en fait les fonctions d'une école, d'une crèche, d'un organisme d'aide sociale, d'un club sportif, d'une bibliothèque, d'un organisme de santé et d'autres institutions. La coopération entre diverses disciplines accroît de manière générale les possibilités de développement des enfants et renforce la cohésion sociale au sein de la communauté. La plupart des écoles communautaires se trouvent dans des quartiers défavorisés.

La création d'une école communautaire implique les quatre étapes suivantes : initiative, préparation, réalisation et consolidation. Les écoles communautaires ne représentent pas fondamentalement une alternative moins coûteuse que les modes précédents de fourniture des services. Un financement doit être obtenu pour les locaux, la coopération et diverses activités. La raison d'être des écoles communautaires est liée à ce qu'elles peuvent apporter de plus aux élèves, aux familles et aux communautés locales grâce à l'intégration ou à la coopération entre les services au sein des écoles de quartier.

On trouvera sur les deux sites internet suivants des informations utiles sur les écoles communautaires : <http://www.communityschools.org> (site américain) et <http://www.bredeschool.nl> (site néerlandais).

Norvège

En Norvège, les autorités locales et régionales disposent en général d'une marge de manœuvre très importante dans la définition des modalités d'organisation des services sociaux et de coordination de ces services avec d'autres programmes ou interventions. L'Etat prend en charge les tâches liées à la législation, au financement et à la diffusion des bonnes pratiques pour encourager, le cas échéant, la coopération et la coordination entre

différents services et professions. Le gouvernement a lancé une grande réforme des services publics visant à intégrer les services de l'emploi, la sécurité sociale et les services d'assistance sociale en un système unifié. Les services de l'emploi et la sécurité sociale sont en fait des organismes nationaux, alors que les services d'assistance sociale relèvent actuellement des municipalités. Le gouvernement a présenté un livre blanc à ce propos au parlement norvégien au début 2005. Un nouveau texte de loi a été adopté par le parlement au printemps 2006.

Plusieurs projets pilotes pour l'intégration des services sociaux à d'autres grands services comme la santé et l'éducation ont été mis en œuvre pendant les dix ou quinze dernières années. Des programmes de modernisation de l'ensemble du secteur public ont aussi été menés pendant cette période, notamment la création de centres locaux d'information offrant « une agence unique pour tous les services » et chargés de conseiller les usagers et de les aider à accéder aux services. Cependant, aucune de ces initiatives n'a abouti jusqu'ici à un changement permanent des modalités de fourniture des services. D'autre part, 17 projets pilotes ont été mis sur pied, notamment pour permettre de recueillir des données sur le renforcement de la coordination et de l'intégration entre les services sociaux municipaux, les services nationaux de l'emploi et la sécurité sociale.

La nouvelle administration de l'emploi et de l'aide sociale en Norvège

En 2004, la Norvège a créé un nouveau ministère du Travail et des Affaires sociales, en regroupant sous un seul ministère les responsabilités propres aux services sociaux, à la sécurité sociale et aux politiques de l'emploi. Le service public de l'emploi et le service national d'assurance ont été fusionnés en une seule unité au niveau de l'Etat qui travaille en coordination étroite avec l'administration des services sociaux de chaque municipalité. Cette restructuration visait principalement à aider les chômeurs à retrouver plus rapidement un emploi et réaliser le cas échéant des économies grâce à la réduction des prestations de chômage, renforcer les ressources du système d'aide sociale par l'augmentation du nombre de personnes occupant un emploi et développer une approche globale des besoins des usagers tout en améliorant la qualité des services.

Dans chaque municipalité sera mis en place un guichet intégré et un bureau de l'emploi et de la protection sociale afin d'offrir aux usagers un service coordonné et axé sur leurs besoins à la place des divers bureaux existants. Le nouveau service reposera sur un *partenariat* étroit entre l'Etat et les autorités locales, chaque bureau prenant en charge les services à l'intention des chômeurs et des entreprises, des personnes en congé maladie, des handicapés et des bénéficiaires de prestations d'aide sociale, de pensions et d'allocations familiales. La répartition des compétences entre l'Etat et les municipalités restera inchangée.

Le respect des usagers et l'attention à leurs besoins et à leurs intérêts constitueront un aspect essentiel de ce service. Des plans personnalisés seront établis, les services seront adaptés aux besoins de chaque individu et un contrat définira les droits et les obligations des partenaires.

Coûts et avantages. Les économies réalisées grâce à la réforme devraient normalement couvrir le coût très élevé du processus de réorganisation. La réforme permettra aussi de réduire les pertes de revenu en assurant une meilleure coordination et en renforçant à long terme l'efficacité administrative.

Evaluation. Les données recueillies jusqu'ici indiquent que :

- les réformes organisationnelles demandent beaucoup de temps et d'argent ;
- le travail d'équipe permet d'améliorer les résultats pour les usagers mais demande beaucoup de temps ;
- les différences de « cultures » entre administrations ne constituent pas, en tant que telles, un obstacle ;
- les usagers sont en général plus satisfaits, sauf ceux qui cherchent l'accès à un seul service ;
- il est encore trop tôt pour savoir si le nombre de personnes qui réintègrent le marché de l'emploi a augmenté.

Portugal

Au Portugal, le processus d'intégration des services sociaux n'est pas encore très avancé car les services ont toujours été cloisonnés au lieu d'être intégrés. Toutefois, la nécessité d'intégrer divers services sociaux publics devient une préoccupation et une priorité majeures des gouvernements.

Actuellement, une réforme des services sociaux est en cours du fait des préoccupations suscitées par les problèmes sociaux et économiques et le futur financement du système. Cette réforme se fonde sur trois buts principaux : premièrement, améliorer les relations entre l'administration et les citoyens ; deuxièmement, améliorer la qualité des services ; et troisièmement, simplifier les procédures et les rendre moins bureaucratiques. Le but est de créer une dynamique interne pour moderniser les services et mettre en œuvre une approche de la qualité axée sur le citoyen. Un autre but est de fournir aux citoyens des garanties supplémentaires et de les associer plus étroitement aux décisions de l'administration et au processus de réforme administrative.

Ce processus encourage également un plus grand engagement en faveur d'un partenariat actif entre l'Etat et les organisations de la société civile pour un partage des responsabilités favorisant une mise en œuvre des politiques sociales et une prestation des services plus efficaces. Les ONG, les organismes privés de solidarité et les associations de développement local jouent tous un rôle de plus en plus important dans le système de protection sociale ainsi que dans la mise en œuvre des politiques sociales nationales. En fait, ces organisations sont responsables de la gestion de la plupart des services sociaux pour les enfants et les personnes âgées, tandis que certains organismes privés et autorités locales œuvrent, en partenariat avec les services sociaux publics, à l'application des politiques nationales et au lancement de projets locaux de lutte contre la pauvreté.

Nombre de ces initiatives sont essentiellement liées à la prise de conscience croissante du fait que l'exclusion sociale est provoquée par un ensemble de plus en plus complexe de problèmes. De nouvelles façons d'aborder ces multiples problèmes et risques associés à l'exclusion sociale sont à présent reconnues par les politiques gouvernementales à travers la mise en place de programmes plus stratégiques et ciblés de lutte contre la pauvreté. Un élément important de ce changement d'orientation est directement lié au rôle des services sociaux publics et à la nécessité d'améliorer la prestation des services grâce à des politiques intégrées et coordonnées, et à l'optimisation des ressources résultant du recensement de nouveaux besoins.

Dans ce contexte, les services sociaux intégrés sont encore peu nombreux et ne sont pas en place depuis assez longtemps pour que l'on puisse évaluer pleinement les effets de cette intégration. Néanmoins, l'exemple suivant illustre certains aspects de l'expérience d'intégration des services sociaux au Portugal.

Centres nationaux d'aide aux immigrés (CNAI)

Une administration plus proche des immigrés

Les CNAI (Centres nationaux d'aide aux immigrés) de Lisbonne et Porto ont vu le jour pour répondre de manière intégrée, efficace et humaine aux problèmes d'intégration auxquels se heurtent les immigrés qui ont choisi le Portugal comme pays d'accueil.

A travers l'analyse du processus de légalisation de leur situation par lequel les citoyens immigrés doivent passer, on peut vérifier la complexité et le dysfonctionnement de leur interaction avec divers services publics situés dans des lieux différents, fonctionnant selon des modalités diverses et ayant parfois des horaires incompatibles. Cette dispersion et fragmentation des services ont souvent été dénoncées comme étant des facteurs de grande inefficacité, amenant les immigrés à renoncer au processus de légalisation et entravant, par conséquent, leur intégration sociale.

Description du projet

Compte tenu de ces besoins, il a été décidé de rassembler les divers services relatifs à l'immigration (Service de contrôle des frontières) en un seul lieu et de les gérer selon les mêmes méthodes de fonctionnement, en favorisant leur interaction dans un souci de coopération. Il a été, en outre, décidé d'établir d'autres services novateurs chargés de répondre aux besoins concrets des immigrés non satisfaits par les nombreux services existants.

L'idée était de lancer un projet novateur axé sur la conception et la gestion de l'espace (permettant aux usagers d'attendre confortablement tout en régulant leur flux) et associant des médiateurs socio-culturels qui s'occuperaient du public (servant de trait d'union culturel, linguistique et affectif avec les usagers, dans le cadre d'un partenariat entre le secteur public et le secteur associatif) ainsi que de la gestion informatique commune de la démarche (permettant la numérisation des données et des documents, la communication entre les services et la mise au point d'une solution globale, axée sur l'utilisateur).

Les CNAI sont conçus et gérés pour offrir des services de qualité aux usagers et traiter chaque cas le plus efficacement possible en fonction des besoins particuliers de chacun dans un cadre convivial, centré sur l'utilisateur. Afin de répondre à ces exigences conceptuelles tout en étant des organismes dynamiques se perfectionnant à mesure qu'ils acquièrent de l'expérience, les CNAI se sont constamment efforcés de fournir de meilleurs services et cette philosophie est au cœur de l'ensemble de leurs activités.

Les CNAI abritent les organismes suivants : l'Inspection générale du travail (IGT) ; la Sécurité sociale ; le Service du contrôle des frontières et des ressortissants étrangers (SEF) ; le ministère de l'Éducation ; le ministère de la Santé.

Roumanie

En Roumanie, le développement des services sociaux, dans le cadre du système d'assistance sociale, a commencé à partir de 1990 et s'est accéléré pendant les cinq dernières années. La réforme en ce domaine est pleinement appliquée sur la base d'un réseau national de services sociaux visant à répondre aux besoins de tous les groupes vulnérables.

Actuellement, la majorité des services sociaux sont axés sur les enfants abandonnés ou à risques, les handicapés et les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques, les victimes de la violence domestique, les sans-abri et les toxicomanes. Les différents services, cependant, ne sont pas répartis de manière équitable dans l'ensemble du pays et des écarts très importants subsistent entre zones urbaines et zones rurales en raison du manque de ressources humaines et financières.

La gestion du système est dévolue aux autorités publiques locales afin d'offrir des services mieux adaptés aux besoins recensés à ce niveau, conformément aux décisions et aux priorités de la communauté. Services publics et ONG se partagent la fourniture des services sociaux.

L'autorité centrale chargée des politiques d'aide sociale et, en particulier, des services sociaux, est le ministère du Travail, de la Solidarité sociale et de la Famille (prestations sociales, système de services sociaux). Pour toutes les politiques de protection sociale, le ministère assure la coordination entre l'autorité nationale pour la protection des droits des enfants, l'autorité chargée des personnes handicapées, l'agence nationale de protection de la famille (violence domestique), l'agence nationale de l'emploi et l'agence nationale d'assurance sociale (système des pensions publiques).

Les premières mesures d'intégration des services sociaux ont été introduites par la loi sur l'aide sociale de 2001, lorsqu'il a été décidé d'unifier les services publics de protection des enfants et des adultes au niveau du comté en une seule unité ou direction générale d'aide sociale et de protection de l'enfance, placée sous la coordination du conseil de comté. Cela a permis d'intégrer tous les types de services s'adressant aux groupes vulnérables dans une structure unique plus souple et gérée de manière

plus efficace. Le processus n'a été finalisé qu'en 2005. Au niveau de la communauté, chaque mairie doit organiser son propre service pour gérer les divers types de services sociaux primaires (travail social, conseil, services de soins individuels et services d'urgence, prestations d'aide sociale).

La notion de services sociaux intégrés a été introduite en tant que telle en 2003 dans la loi sur les services sociaux qui prévoit que les services sociaux peuvent être organisés et fournis dans le cadre d'un système intégré incluant les services de santé. En fait, les premières dispositions à ce sujet ont été mises en avant dans la loi sur l'aide aux personnes âgées, approuvée en 2000, qui définit les services de soins comme des services sociomédicaux.

Le programme du gouvernement pour la période 2005-2008 souligne clairement l'objectif de mise en place de services intégrés pour les groupes vulnérables. En 2005, le gouvernement a approuvé des stratégies nationales pour le développement de l'aide aux personnes âgées et aux handicapés, et pour le développement des services sociaux. Ces divers documents définissent les nouvelles orientations pour le développement des politiques sociales et, en particulier, la nécessité d'intégrer les services sociaux afin de répondre rapidement aux besoins des individus, de résoudre de manière efficace l'ensemble des problèmes auxquels peuvent être confrontées les personnes en difficulté ou les personnes exposées au risque d'exclusion sociale. Dans le même temps, il a été décidé, comme objectif stratégique, de développer des procédures et méthodologies pour évaluer l'impact ou l'efficacité des programmes de services sociaux, notamment les services de soins intégrés.

La législation spécifique est maintenant suffisamment développée mais il importe de souligner que la mise en œuvre des plans stratégiques se situe dans un calendrier à moyen terme. N'ont été posées jusqu'ici que les premières bases d'un véritable réseau national de services sociaux organisés et fournis de manière intégrée. Même si l'ensemble des ressources financières et humaines étaient disponibles, de nombreux aspects devraient encore être pris en compte pour mener à bien le processus de développement du système.

S'agissant des services sociaux spécifiques, des centres de séjour pour les enfants, les handicapés, les malades chroniques et les personnes âgées ont été créés de façon à fournir à la fois une aide sociale et des soins de santé. Il existe aussi des centres pour handicapés qui offrent des services de réhabilitation, d'éducation, de formation professionnelle et d'ergothérapie. Les services de soins à domicile pour personnes âgées ou les handi-

capés sont plus développés mais ne sont pas encore gérés de manière satisfaisante en raison de certaines contraintes liées à la réglementation en matière de santé.

Le nouvel ensemble législatif sur la santé, adopté en mars 2006, contient un chapitre à propos des services de santé au niveau de la communauté visant à promouvoir le développement d'un système intégré et adapté de soins de longue durée. Depuis deux ou trois ans, les autorités locales et les ONG ont commencé à organiser une partie des centres de jour et de séjour sous forme de complexes de services incluant toute une gamme de services tels que conseil et soutien, éducation spécialisée, soins de santé et aide sociale, réadaptation, aide à l'emploi, logement et prestations d'aide sociale.

L'intégration des services ne concerne pas uniquement les services sociaux personnels. En Roumanie, le versement des prestations sociales est réparti entre plusieurs organisations à l'échelon central et local. La nouvelle réglementation légale prévoit la création d'un organisme national unifié pour gérer les prestations sociales et les services mis en place dans chaque comté.

L'intégration privilégie actuellement le niveau horizontal. Il s'agira ensuite d'améliorer le niveau vertical, en relation étroite avec le processus actuel de décentralisation qui facilite l'intégration des services sociaux, des services de santé et des services d'éducation et d'emploi au niveau du comté (la Roumanie compte 41 comtés et la municipalité de Bucarest 6 secteurs, avec une population moyenne d'environ 500 000 habitants par comté ou secteur), conformément à la réforme de l'administration publique.

Espagne

Le processus d'intégration des services sociaux et des services de santé en Espagne est l'aboutissement de plusieurs réformes ayant conduit à la nouvelle loi sur les personnes dépendantes qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2007. Cette loi vise à assurer des conditions essentielles d'autonomie et de soins aux personnes dépendantes, notamment par l'intégration des prestations en espèces et des services sociaux, et à prévenir les situations de dépendance.

Le système national d'aide aux personnes dépendantes intégrera les différents services qui fournissent des prestations et des services à ces personnes. Il facilitera la collaboration entre les administrations publiques et leur participation à la promotion de l'autonomie individuelle et à la

protection des personnes dépendantes, en optimisant les ressources tant publiques que privées afin d'assurer une meilleure qualité de vie aux citoyens.

La loi sur les personnes dépendantes prévoit une série de mécanismes de coopération entre l'administration centrale et les autorités régionales autonomes (*Comunidades Autónomas*). Un Consejo Territorial del Sistema Nacional de Dependencia sera créé.

Le budget des services de soins pour les personnes âgées était de 1 672 millions d'euros en 2004 et celui des services pour handicapés atteignait la même année 709 millions d'euros, tandis que les dépenses totales en matière de protection sociale s'élevaient à 2 356,9 millions d'euros, c'est-à-dire 0,32 % du PIB (source : *Libro Blanco de la Dependencia*, décembre 2004, ministère du Travail et des Affaires sociales d'Espagne).

Le niveau 2 de l'échelle d'intégration est celui qui correspond le mieux au modèle d'intégration des services sociaux en Espagne. Les difficultés rencontrées tiennent à la très forte décentralisation du système administratif espagnol.

Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, l'intégration des services sociaux, notamment aux services de santé, est une priorité des politiques gouvernementales depuis les années 1960. On notera, d'un point de vue historique, qu'avant 1971 les services sociaux pour adultes faisaient partie d'un service intégré de santé et d'aide sociale au niveau des principales autorités locales. Les services sociaux pour l'enfance étaient regroupés dans un département distinct. Cependant, le service intégré de santé et d'aide sociale était dominé par les intérêts du système de santé et c'est ce qui a conduit à la séparation des deux services dans la législation de 1971 et à la création d'une agence de services sociaux au niveau local, en y incluant les services sociaux pour l'enfance.

Les inconvénients de la décision adoptée en 1971 de séparer les services n'ont pas tardé à apparaître et ils ont amené le gouvernement à introduire de nouvelles formes d'intégration :

« Le gouvernement a décidé depuis son arrivée au pouvoir de faire du démantèlement du "mur de Berlin" séparant les services de santé et les services d'aide sociale l'une de ses priorités essentielles, et de créer un

système de services intégrés plaçant les usagers au centre des prestations. »
(ministère de la Santé, 1998, chapitre 1, section 6.5)

Les services de sécurité sociale (prestations en espèces) ont été organisés de manière tout à fait distincte des services sociaux et resteront séparés. Divers mécanismes ont été introduits pour renforcer la collaboration et/ou l'intégration, notamment des « groupements de soins et d'aide sociale » (*care trusts*, voir plus loin). Il s'agit d'organisations nouvelles chargées de certains aspects des services sociaux et de santé au niveau local comme les « groupements de soins pour la santé mentale ». Ces groupements peuvent à la fois commander et fournir des prestations. Des « groupements de soins et d'aide à l'enfance » ont été créés récemment afin de regrouper certains services qui relevaient précédemment des services sociaux, des services de santé et des services éducatifs.

Trois facteurs principaux ont contribué à faire de l'intégration des services une priorité gouvernementale au Royaume-Uni :

- la reconnaissance croissante du fait que la séparation des services est contraire aux intérêts des usagers ;
- la volonté de rentabiliser les services publics dans une perspective de modernisation, avec l'idée que les services intégrés seraient moins coûteux – mais le sont-ils vraiment ?
- l'inquiétude du public devant certains échecs très graves des services, échecs dus principalement à l'absence de coordination entre les services sociaux et de santé.

On oublie parfois que l'Irlande du Nord, en tant que partie intégrante du Royaume-Uni, dispose depuis plus de trente ans d'un système intégré d'aide sociale et de soins de santé. Il semblerait même qu'elle possède « l'un des modèles de services personnels et de santé les mieux structurellement intégrés et les plus complets en Europe » (McCoy, 1993). Malheureusement, très peu d'études ont été réalisées sur les résultats de ce système intégré pour les usagers des services et l'on ne dispose pas non plus de données comparatives en matière de coûts.

Heenan et Birrell (2006) ont mené une enquête empirique auprès du personnel de direction des services intégrés, qui montre le soutien important dont bénéficient deux aspects essentiels de l'intégration : premièrement, les *programmes de soins* qui « constituent des ensembles de services sociaux et de soins de santé dont les données d'activité et les données financières permettent d'établir un cadre de gestion » (p. 53) – ces programmes sont perçus comme l'élément déterminant de l'en-

semble du système ; deuxièmement, « un système efficace d'intervention à la sortie de l'hôpital », considéré comme « l'un des véritables avantages de la structure intégrée » (p. 58). Dans les systèmes non intégrés, le manque de coordination des services au moment critique de la sortie de l'hôpital constitue un désavantage coûteux et grave, à la fois pour les patients, les fournisseurs de soins et les services individuels concernés.

Groupements de soins

Les « *care trusts* » ou groupements de soins ont été introduits au Royaume-Uni en tant que *vecteur structurel* pour la prestation de services sociaux et de santé améliorés et intégrés pour les patients et les usagers. Ils font partie intégrante du programme global de modernisation des services publics entrepris par le gouvernement. Les principales caractéristiques sont les suivantes :

- il s'agit de nouvelles organisations, indépendantes mais liées à des organismes de services sociaux et de santé existants ;
- ils ne répondent pas à une *obligation* – les partenaires peuvent se retirer. Mais le gouvernement peut obliger les services de santé et sociaux à créer des groupements lorsqu'il apparaît que la coopération n'a pas été instaurée autrement ;
- les fonctions des services sociaux et de santé leur sont déléguées, et non transférées ;
- ils peuvent commissionner ou délivrer des services ;
- ils délivrent des services intégrés (systèmes complets) au sein d'une organisation unique ;
- pour l'instant, les groupements de soins se sont axés sur des services de santé mentale spécialisés et des services aux personnes âgées, c'est-à-dire pour des personnes présentant des besoins complexes ;
- le financement est assuré par les organisations statutaires à l'origine du groupement.

Groupement pour les familles et les enfants de Northumberland

Northumberland est une collectivité située au nord de l'Angleterre. Elle est en charge des services sociaux, y compris pour les enfants et les jeunes. Le groupement de soins de Northumberland exerce quelques fonctions de services de santé et sociaux qui lui ont été déléguées, dont certaines s'adressent aux enfants et aux jeunes.

Suite à une analyse conjointe des services aux enfants et aux jeunes en 2003, la décision a été prise d'installer une organisation unique pour planifier, commissionner et délivrer l'ensemble des services pour les enfants et les jeunes et leurs parents/responsables. Avant la création du groupement, les services dont il assure aujourd'hui la responsabilité étaient sous le contrôle distinct de deux départements de la collectivité locale – les services sociaux et l'éducation. Cette nouvelle organisation est le Groupement pour les familles et les enfants de Northumberland. Le groupement est composé de deux parties :

- *la direction des services aux enfants* qui combine toutes les fonctions des services sociaux et éducatifs aux enfants sous la responsabilité du directeur des services aux enfants. D'autres services statutaires sont susceptibles de seconder le personnel et les gestionnaires de première ligne pour collaborer à cette direction en offrant des services intégrés ;
- *le partenariat du groupement des familles et des enfants* rassemble tous les participants (en l'occurrence les ONG, les organisations statutaires) dans les services pour les enfants et les jeunes à Northumberland. Objectif : permettre aux participants de travailler de concert à l'amélioration des résultats au bénéfice de tous les enfants et jeunes du comté.

Conformément à la politique du gouvernement central de déterminer des cibles « précises » pour l'ensemble des services publics, les responsables des services aux enfants doivent atteindre des objectifs fixés dans cinq secteurs clés :

Rester en bonne santé

Préserver la sécurité

S'amuser et réussir

Faire une contribution positive

Parvenir au bien-être économique

Les Groupements pour les enfants font suite aux anciens Groupements de santé mentale et de soins primaires en nombre plus important. Ils assument là encore la responsabilité de la planification, du mandat et de la prestation de services sociaux et de santé clairement définis dans leurs localités.

Bibliographie

About integrated working

<http://www.integratedcarenetwork.gov.uk/themes/integration1.php>

Attwood, M. *et al.*, *Leading Change : a guide to whole systems working*, The Policy Press, Bristol, 2003.

Audit Commission, *A fruitful partnership : effective partnership working*, Audit Commission, Londres, 1998.

Banks, P., « Case Management », in Nies, H. et Berman, P., *Integrating Services for Older People : A Resource Book for Managers*, European Health Management Association, 2004.

Benson, J., « A Framework for Policy Analysis », in Rogers, D. et Whetton, D., *Interorganisational Coordination*, Iowa State University Press, Ames, IA, 1983.

Benson, J., « The interorganisational network as a political economy », in *Administrative Science Quarterly*, 20, 1975, pp. 229-249.

Bernabei, R. *et al.*, « Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community », in *British Medical Journal*, 316, 2 mai 1998, pp. 1348-1351.

Challis, D., Darton, R. et Traske, T., *Care Management and Health Care of Older People, The Darlington Community Care Project*, Arena, Aldershot, 1995.

Council of Europe, *Access to Social Rights in Europe*, Council of Europe Publishing, Strasbourg, 2002.

Council of Europe, *Report on User Involvement in Personal Social Services* Strasbourg, 2004.

Delnoij, D., Klazinga, N. et Kulu Glasgow, I., « Integrated Care in an International Perspective », in *International Journal of Integrated Care*, 1^{er} avril 2002.

Department of Health, *Changing Places : Report on the Work of the Health and Social Care Change Agent Team 2002/3*, Londres, 2003.

Evers, A., « Current strands in debating user involvement in social services », paper commissioned for the project User Involvement in *Personal Social Services*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 2003.

Heenan, D. et Birrell, D., « The Integration of Health and Social Care : the Lessons from Northern Ireland », in *Social Policy and Administration*, 40, 1, février 2006, pp. 47-66.

Hudson, R., *Whole Systems Working : A Discussion Paper for the Integrated Care Network*, 2004.

Integrated Care Network, *Integrated Working : a Guide*, Royaume-Uni, 2004.

Julkunen, I., « Integrated Social Services in Europe – approaches and implementation : a scoping research review », paper commissioned by the Council of Europe, 2005.

Kalpa Kharicha *et al.*, « Social work, general practice and evidence-based policy in the collaborative care of older people : current problems and future possibilities », in *Health and Social Care in the Community*, 12, 1, pp. 134-141.

Leichsenring, K., « Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons – A European Overview », in Leichsenring, K. et Alaszewski, A., *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons : A European Overview of Issues at Stake*, Ashgate, 2004.

Leutz, W., « Five laws for integrating medical and social services : lessons from the US and UK », in *Milbank Quarterly*, 77, 1, 1999, pp. 77-110.

Levine, S. et White, P., « Exchange as a conceptual framework for the study of inter-organisational relationships », in *Administrative Science Quarterly*, 5, 1962, pp. 583-601.

Lewis, J., « Integrated and fragmented care observed from two case studies », in *International Journal of Integrated Care*, 1^{er} novembre 2005.

McCoy, K., « Integration : a changing scene in Social Services Inspectorate », in *Personal Social Services in Northern Ireland : Perspectives on Integration*, Department of Health and Social Services, Belfast, 1993.

Meyerson, D. et Martin, J., « Cultural change : an integration of three different views », in *Journal of Management Studies*, 24, 6, 1987, pp. 623-643.

Midland Health Board Executive Summary, « Parents "Olive and Peter" », in *Developing a Model for Integrated Primary, Community and Continuing Care*, 2003.

Nies, H., « Integrated care : concepts and background », in Nies, H. et Berman, P., *Integrating Services for Older People : A Resource Book for Managers*, European Health Management Association, 2004.

Peck, E., Towell, D. et Gulliver, P., « The meaning of culture in health and social care : a case study of a combined Trust in Somerset », in *Journal of Interprofessional Care*, 15, 4, 2001, pp. 319-327.

Skelcher, C. et Sullivan, H., *Working Across Boundaries : Collaboration in Public Services*, Basingstoke, Palgrave, 2002.

Sites web utiles

<http://www.integratedcarenetwork.gov.uk>

http://www.pr-soc-incl.net/peer/en/index_html

<http://www.minvws.nl/en/themes/social-support-act/default.asp>

<http://www.awalraven.com/search/>

<http://www.docbank.nl/search.html?keywords=english&searchtype=simple>

<http://www.pgb.nl/showpage.php?pa=235&menu=0,316>

<http://www.euro.who.int>

<http://www.ijic.org> (International Journal of Integrated Care)

Annexe I

Lignes directrices pour l'élaboration et la mise en œuvre de modèles intégrés de services sociaux

1. Introduction

1.1. Les présentes lignes directrices ont pour but d'aider les parties prenantes, c'est-à-dire principalement les responsables politiques aux niveaux national et local, les organisations de services et les usagers de ces services, à concevoir et mettre en œuvre des politiques d'intégration efficaces. L'un des grands objectifs de l'intégration des services est d'améliorer l'accès aux droits sociaux, de diminuer l'exclusion sociale des groupes vulnérables, dans le but général de renforcer la cohésion sociale. Il est essentiel que le développement de services intégrés prenne pleinement en compte des facteurs comme le genre, l'origine ethnique, l'âge, le handicap et la pauvreté.

1.2. Il apparaît de plus en plus que l'intégration des principaux services devient un enjeu majeur dans de nombreux pays européens ; en témoignent les nouvelles législations, projets de recherche, conférences européennes et informations dans ce domaine. L'accent est essentiellement mis sur les services sociaux et sanitaires, et dans une moindre mesure sur les autres services publics, tels que l'éducation et l'emploi.

1.3. Les présentes lignes directrices se basent sur les conclusions de travaux de recherche mandatés ainsi que sur les discussions et propositions du Groupe de spécialistes sur la participation des usagers aux services sociaux et sur la prestation de services sociaux intégrés (CS-US), créé par le Comité européen pour la cohésion sociale. Les travaux de recherche font l'objet d'un rapport distinct (voir le document « Services sociaux intégrés en Europe »), qui inclut des données provenant de nombreux programmes et projets d'intégration européens.

1.4. Au sens des présentes lignes directrices, le terme « intégration » désigne un ensemble d'approches ou de méthodes qui permettent de renforcer la coordination et la coopération entre différents services afin d'améliorer les prestations offertes aux usagers. Ces approches incluent : la fusion de deux ou plusieurs services distincts en une structure unique ; la coordination des services ; la coopération ; les partenariats ; la collaboration ; le travail interprofessionnel ou collectif. Le degré d'intégration peut varier : celle-ci doit donc être considérée comme une continuité.

1.5. De l'avis général, il n'y a pas de solution « identique pour tous » en matière d'intégration. Le choix de telle ou telle conception de l'intégration doit être fait en fonction des besoins, des circonstances et des possibilités spécifiques.

2. Avantages de l'intégration des services sociaux

Lors de la conception des politiques d'intégration, les responsables politiques devraient justifier clairement la nécessité d'une intégration. Ils devraient tenir compte des principaux arguments en faveur de l'intégration des services sociaux avec un ou plusieurs autres services, en l'occurrence pour que cela permette :

- 2.1. de traiter de manière plus efficace les problèmes divers et complexes liés à l'exclusion sociale ;
- 2.2. de faciliter l'accès des usagers à toute une gamme de services ;
- 2.3. d'adopter une approche plus globale dans la réponse aux besoins des usagers de services ;
- 2.4. de favoriser des relations plus personnalisées entre les usagers et les prestataires, et de renforcer la participation des usagers ;
- 2.5. d'assurer la continuité et la durabilité de la prestation de services ;
- 2.6. de simplifier et d'accélérer la prise de décisions en matière de prestation de services ;
- 2.7. d'améliorer l'efficacité et l'utilité des services ;
- 2.8. de diminuer les doublons entre les différents services.

L'exemple des interventions intégrées pour les femmes en Grèce (voir l'encadré pp. 59-60) montre l'importance des services intégrés pour l'un des grands groupes marginalisés dans de nombreux pays : les femmes au chômage.

3. Facteurs clés de la réussite des programmes d'intégration

Pour concevoir des politiques d'intégration qui répondent aux attentes des principales parties prenantes et obtenir des résultats positifs et réalistes, les responsables politiques devraient prendre en considération un certain nombre d'exigences importantes.

3.1. Il conviendrait de lancer un processus de consultation ouvert et transparent avec les parties prenantes, et notamment les usagers/bénéficiaires de services. Des informations fiables devraient être fournies régulièrement.

3.2. Il conviendrait d'expliciter et d'analyser les problèmes ayant donné lieu à une proposition d'intégration de services en tant que solution.

3.3. Une étude de faisabilité examinant les effets positifs et négatifs éventuels de l'intégration proposée devrait être entreprise. Elle pourrait inclure :

- une étude pilote ;
- une étude concernant les attentes des parties prenantes ;
- une analyse des résultats probables ;
- une évaluation des coûts.

3.4. Il conviendrait de définir les méthodes de suivi et d'évaluation des résultats de l'intégration.

3.5. Il conviendrait d'évaluer les ressources nécessaires pour mener à bien l'initiative d'intégration – par exemple les ressources financières, les ressources humaines et le « savoir-faire ».

3.6. Il conviendrait d'évaluer et d'examiner sérieusement les arguments contre l'intégration proposée.

De plus, les *conditions préalables* suivantes devraient être prises en considération lorsqu'une initiative d'intégration est envisagée :

3.7. un environnement politique favorable à l'intégration, avec le soutien des principaux décideurs ;

3.8. la volonté des dirigeants de faire passer l'intérêt commun avant les besoins de leur organisation et un attachement à trouver des solutions ;

3.9. une culture commune du travail en matière de principes, d'objectifs, de planification, de responsabilités, d'obligation de rendre compte, et des politiques nationales concrètes assorties d'une législation, en l'occurrence pour les programmes nationaux ;

3.10. un équilibre des pouvoirs entre les parties dans le cadre du nouveau service intégré ;

3.11. un système commun et normalisé d'évaluation des problèmes des usagers du service fondé sur la compréhension mutuelle. Le système devrait définir clairement les rôles de tous les professionnels ;

3.12. la complexité et la spécificité des services intégrés nécessiteront l'acquisition par le personnel de nouveaux savoir-faire et compétences ;

3.13. un nouveau système commun de gestion de la qualité, impliquant une direction spécifique, la consultation et la participation des fournisseurs et des usagers, l'établissement d'un climat de confiance entre les parties prenantes et la mise en place d'un système de contrôle.

4. Difficultés du processus d'intégration des services sociaux

Lors de la conception des politiques d'intégration, les responsables politiques devraient évaluer les difficultés inhérentes à l'intégration et trouver des moyens de les résoudre.

4.1. Tout en reconnaissant les aspects positifs de l'intégration des services, les partenaires doivent s'adapter à une nouvelle culture de travail pour faire disparaître les domaines institutionnels.

4.2. On observe un manque relatif d'évaluations formelles des projets d'intégration, évaluations qui, lorsqu'elles existent, ne sont pas toutes positives. Par conséquent, il est difficile d'apporter la preuve scientifique des avantages de l'intégration.

4.3. Les ressources – financières et autres – nécessaires à l'élaboration de systèmes intégrés de prestations de services plus efficaces peuvent être considérables et ne devraient pas être sous-estimées.

4.4. Les premières phases du processus peuvent être longues eu égard à la conception de cadres, aux technologies de l'information et aux procédures financières et autres.

4.5. La bureaucratie et les questions de pouvoir professionnel sont des obstacles fréquents à la réussite de l'intégration.

Il conviendrait d'examiner divers éléments liés aux coûts :

4.6. La principale justification d'une intégration des services est l'obtention de meilleurs résultats pour les usagers. Une réduction du coût des services est également possible, mais les informations disponibles actuellement sont insuffisantes pour affirmer avec certitude que c'est toujours le cas.

4.7. Il est difficile d'initier et de mener des études de rentabilité de l'intégration, par exemple une comparaison détaillée du coût des services distincts par rapport aux services intégrés. Il est également nécessaire d'évaluer le coût que représenterait la mise à disposition du même service sans intégration mais amélioré, car il se pourrait qu'il soit supérieur à celui de l'approche intégrée.

4.8. Les coûts de départ de l'intégration *structurelle* peuvent être relativement élevés, mais probablement beaucoup moins dans des pays qui ne possèdent pas de services distincts bien implantés nécessitant une réorganisation coûteuse. Toutefois, à long terme, des économies peuvent être réalisées dans les deux cas.

5. Modèles et méthodes d'intégration

Les responsables politiques devraient examiner les différents modèles et méthodes d'intégration afin de déterminer ceux répondant à leurs besoins particuliers. La partie suivante présente un certain nombre d'exemples provenant de différents pays.

5.1. *Intégration à différents niveaux.* Les services sociaux peuvent être intégrés avec un ou plusieurs services fondamentaux au niveau national (macro), régional (mezzo) ou local (micro). Il n'existe pas d'indicateurs pour déterminer à quel(s) niveau(x) l'intégration *devrait* être pratiquée, car cela dépend des circonstances particulières dans chaque pays. Le niveau d'intégration le plus important est celui de l'utilisateur du service (voir « *case management* » ci-après).

5.2. *Intégration structurelle.* Cette forme d'intégration peut être considérée comme la plus complète ou la plus radicale car elle suppose de réunir le personnel et les ressources de différents services au sein d'une nouvelle organisation, dans une structure unique. Elle est également particulièrement difficile et coûteuse. Elle peut être une solution radicale contre les effets négatifs de la séparation des services, effets difficiles à surmonter avec d'autres stratégies d'intégration plus souples. L'intégration structurelle a pour avantage d'apporter une solution stable et durable aux problèmes de coordination des services, d'où une utilisation plus efficace du personnel dans l'intérêt des usagers.

5.3. *Fonctionnement en système global.* Le système global n'est « pas simplement un ensemble d'organisations qui doivent travailler ensemble, mais un ensemble de personnes, professions, services et bâtiments différents dont la préoccupation commune est le patient, et qui offrent une gamme de services dans divers cadres, afin d'apporter le

bon soin, au bon endroit et au bon moment » (Department of Health, Royaume-Uni, 2003).

5.4. *Collaboration centrée sur le processus.* Il s'agit de l'une des nombreuses stratégies conçues pour améliorer la coopération et la collaboration entre les services et leur personnel, sans les problèmes d'organisation majeurs et les coûts inhérents à l'intégration structurelle. Cette stratégie se concentre sur les *activités* de soins plutôt que sur leur contexte organisationnel. L'une de ses principales caractéristiques est l'instauration de mesures visant à renforcer la coopération entre les professionnels au-delà des frontières professionnelles, par exemple des nouvelles formes de financement telles que les budgets clients ou les allocations pour soins de longue durée.

5.5. *Travail interdisciplinaire.* Il s'agit d'une forme de collaboration centrée sur le processus car elle associe du personnel de deux ou plusieurs professions travaillant au sein d'une équipe multidisciplinaire, par exemple dans un centre de santé mentale communautaire. Cette forme d'intégration des services peut être particulièrement efficace dès lors qu'elle est soigneusement planifiée et qu'elle prévoit une consultation et une préparation en bonne et due forme du personnel concerné.

5.6. *Partenariats.* Dans cette forme d'intégration, les organisations de services et leur personnel acceptent de prendre part à des relations de collaboration spécifiques et ponctuelles. Les partenariats peuvent être *formels*, auquel cas la structure organisationnelle est évolutive et comprend des coûts connexes, ou *informels*, lorsque les organisations sont partenaires, sans qu'il y ait de changements structurels.

5.7. *Guichets uniques ou centre de services uniques.* Cette méthode d'intégration de plusieurs services distincts au niveau local est de plus en plus répandue, par exemple en France, en Arménie et à Malte. Globalement, le guichet unique permet aux usagers d'avoir accès, dans un seul bâtiment, à de nombreux services différents auparavant situés dans des centres géographiquement distincts. Les avantages pour l'utilisateur sont évidents, tout comme les perspectives de collaboration accrue, de partage d'informations et de travail en commun entre les membres du personnel des différents services.

Le degré d'intégration des services au sein des guichets uniques peut varier. Certains fonctionnent selon le modèle des « grands magasins », dans lesquels différentes sociétés louent de l'espace et vendent leurs produits dans un même bâtiment, mais sans coordination entre elles. D'autres fonctionnent davantage sur le modèle d'un supermarché, où

une seule société propose au consommateur une grande variété de produits, dans une gestion très intégrée. Ils sont plus proches du second modèle lorsqu'ils offrent aux usagers une évaluation initiale des besoins, base nécessaire pour le choix d'un ensemble de services parmi ceux qui existent.

L'exemple du centre de services sociaux intégrés de Vanadzor (Arménie) (voir l'encadré pp. 45-46) illustre l'approche du « guichet unique ».

5.8. « *Case management* » ou *suivi systématique du patient*. Les travaux internationaux sur l'intégration soulignent avec force l'importance de l'intégration des services au niveau de l'offre à l'utilisateur. La notion de « soins continus » (« *seamless care* ») indique comment l'utilisateur devrait, dans l'idéal, percevoir une offre de services, par exemple sociaux et sanitaires, répondant à ses besoins particuliers. Le « *case management* » ou gestion des soins est un modèle bien implanté d'intégration de services pour les usagers pris individuellement, et notamment ceux qui présentent des besoins complexes sur une longue durée, comme les personnes âgées dépendantes. Ce modèle est beaucoup utilisé dans certains pays (notamment au Royaume-Uni) alors que d'autres non. Cette forme de service ne semble pas être spécifique à une culture donnée et pourrait convenir dans certains pays où des services restent à mettre en place.

L'essai randomisé sur l'impact du modèle de soins intégrés et de *case management* chez les personnes âgées vivant dans des structures de proximité illustre les perspectives réelles d'utilisation de la gestion de cas pour obtenir de bons résultats chez les personnes âgées, tout en réalisant des économies sur le plan financier.

6. Programmes d'intégration nationaux

6.1. Dans de nombreux cas, les initiatives visant à intégrer les services sociaux avec d'autres services sont assez limitées en taille, restent locales et souvent expérimentales. Dans les pays où le système administratif et politique est fortement décentralisé, les services sociaux peuvent, dans certains domaines, être intégrés au niveau régional. Un argument en faveur de l'intégration des services sociaux aux services de l'emploi, par exemple, est que les aspects sociaux de l'insertion professionnelle par l'emploi prennent davantage de poids.

6.2. Certains Etats membres disposent déjà de services sociaux intégrés au niveau national, ou sont sur le point de le faire. Parmi les motivations/résultats attendus d'une intégration au niveau national, on trouve :

- une réduction de la bureaucratie ;
- un meilleur accès aux droits sociaux et un renforcement de la cohésion sociale ;
- une ouverture et une accessibilité accrues pour les organisations d'usagers et les particuliers ;
- une amélioration de la qualité des services ;
- une réduction des coûts de prestation de services.

6.3. D'une manière générale, les « bonnes pratiques » en matière de programmes d'intégration nationaux incluent :

- la consultation en bonne et due forme des parties intéressées à tous les niveaux ;
- l'insertion d'une composante de suivi et d'évaluation ;
- la participation, au-delà du stade de la consultation, des secteurs public et privé ;
- la législation appropriée ;
- la fusion de ministères préalablement distincts.

L'exemple de la nouvelle administration de l'emploi et de l'aide sociale en Norvège (voir l'encadré pp. 74-75) illustre la fusion de deux ministères distincts en un seul.

7. Evaluation et suivi

7.1. Les différentes données disponibles sont caractérisées par un manque d'évaluations complètes et de preuves tangibles de la réussite de l'intégration et de son étendue véritable sur le plan de l'amélioration des résultats pour les usagers des services et les services eux-mêmes (par exemple, réduction des coûts).

7.2. Néanmoins, certaines évaluations bien menées ont donné des résultats positifs. Ainsi, l'évaluation d'un projet de gestion des soins au Royaume-Uni a montré qu'« une telle offre de services coordonnée permet aux personnes âgées vulnérables de rester à domicile ; les services sont considérés comme étant plus fiables, efficaces et adéquats que d'autres solutions ; les personnes âgées ont un bon moral ; la détresse du

personnel soignant est moindre, et cette solution n'est pas plus chère que la solution alternative⁸ ».

7.3. Une expérience avec un groupe témoin sur l'impact des soins intégrés et de la gestion personnalisée pour les personnes âgées dans une région d'Italie montrent des avantages similaires (voir encadré pp. 20-21). Le placement en hôpitaux ou en établissements de soins était retardé et moins fréquent dans le groupe témoin ; on y a également noté des bénéfices sur le plan de la santé physique et mentale, ainsi que des économies considérables.

7.4. Le recueil régulier d'informations sur le travail intégré est nécessaire pour le suivi et l'évaluation systématiques. Les critères objectifs permettant de mesurer les résultats concrets de l'intégration sont nécessaires, mais font quelquefois défaut. Dans les services de *soins* intégrés, ces critères comprennent entre autres l'efficacité clinique ; l'efficacité des interventions sociales ; la rentabilité ; la satisfaction des clients/usagers et la satisfaction professionnelle accrue des prestataires de soins.

8. Challis, D., Darton, R. et Traske, T., *Care Management and Health Care of Older People*, The Darlington Community Care Project, Arena, Aldershot, 1995.

Annexe II

Membres du groupe de travail

Albanie

M^{me} Natasha Hodaj
General Director
State Social Services
Rr. Durrësit Nr 83
Tirana

M. Thanas Poçi
General Director
State Social Services
Rr. « Durrësit » 83
Tirana

Autriche

M^{me} Alexandra Werba
Federal Ministry of Social Security, Generations and Consumer Protection
Franz Josefs-Kai 51
1010 Vienne

République tchèque

M^{me} Ivana Janišová
Social Services Conception Unit of the Department of Social Services
Ministry of Labour and Social Affairs of the Czech Republic
Na Poříčném právu 1
128 01 Prague 2

M^{me} Markéta Kateřina Holečková
Social Services Conception Unit of the Department of Social Services
Ministry of Labour and Social Affairs of the Czech Republic
Na Poříčném právu 1
128 01 Prague 2

Estonie

M^{me} Sirlis Sömer
Head of Department of Social Welfare
Ministry of Social Affairs
Gonsiori 29
15027 Tallinn

Saint-Siège

R.P. Stanislaw Opiela, s.j.
Olecka 30
04984 Warszawa
Pologne

Islande

M^{lle} Lara Björnsdóttir (Présidente)
Director
Department of Welfare in Reykjavik municipality
Tryggvagata 17
101 Reykjavík

Italie

M^{me} Patrizia de Felici
Ministère du Travail et des Politiques sociales
Via Cesare de Lollis, 12
00185 Rome

Lettonie

M^{me} Daina Calite
Project coordinator
State Agency "Social Integration Centre"
Dubultu Prospekts 71
2015 Jurmala

Malte

M^{me} Maryanne Gauci
Service Manager
Adult and Family Services
Appogg Agency
36 St. Luke's Road
G'Mangia

Pays-Bas

M. Floris O.P. de Boer
Senior Adviser International Affairs
Ministry of Health, Welfare and Sport
PO Box 20350
2500 EJ La Haye

Norvège

M. Odd Helge Askevold
Ministry of Labour and Social Affairs
Postboks 8019 Dep
0030 Oslo

Portugal

M^{me} Gisela Matos
Instituto da Segurança Social, I.P.
Rua Castilho, n^o. 5 - R/c
1250 - 066 Lisbonne

Roumanie

M^{lle} Carmen Ileana Manu
Director – Social Services Directorate
Ministry of Labour, Social Solidarity and Family
2B. Dem.I Dobrescu Str. Sector 1
70119 Bucarest

Espagne

M. Javier del Castillo Pintado
Conseiller technique international de l'IMSERSO
C/ Ginzo de Limia, 58
28029 Madrid

Turquie

M. Tanju Bilgic
Deputy Permanent Representative of Turkey to the Council of Europe
67000 Strasbourg

Chercheurs

Dr. Lyudmila Harutyunyan
Head of Sociology Department
Yerevan State University
36 Abovian street
Pa 39
375009 Erevan

Prof. Matti Heikkilä
STAKES
National Research and Development
Centre for Welfare and Health
Lintulahdenkuja 4
P.O. Box 220
00531 Helsinki

M^{me} Ilse Julkunen
STAKES
National Research and Development
Centre for Welfare and Health
Lintulahdenkuja 4
P.O. Box 220
00531 Helsinki

Organisations non gouvernementales

M. Daniel Zielinski
Délégué Général UNCCAS
(Union nationale des centres communaux d'action sociale)
344 rue du 19-mars-1962
30520 Saint-Martin-de-Valgalgues

Représentants du CDCS

M. Jerzy Ciechanski
Counsellor to the Minister
Department of Economic Programs Forecasting
Ministry of Labour and Social Policy
Ul. Nowogrodzka 1/3/5
00513 Varsovie

M. Jef Mostinckx
Jan de Trochstraat 180
1703 Dilbeek-Schepdaal

Représentant du CDEG

M^{me} Iphigénie KATSARIDOU
Directrice générale
KETHI (Research Centre for Gender Equality)
51, Harilaou Trikoupi & Valtetsiou st.
106 81 Athènes

Consultant

M. Brian Munday
Professor
EISS – Keynes College
University of Kent – Canterbury
Kent CT2 7NP

Sales agents for publications of the Council of Europe Agents de vente des publications du Conseil de l'Europe

BELGIUM/BELGIQUE

La Librairie Européenne -
The European Bookshop
Rue de l'Orme, 1
B-1040 BRUXELLES
Tel.: +32 (0)2 231 04 35
Fax: +32 (0)2 735 08 60
E-mail: order@libeurop.be
<http://www.libeurop.be>

Jean De Lannoy
Avenue du Roi 202 Koningslaan
B-1190 BRUXELLES
Tel.: +32 (0)2 538 43 08
Fax: +32 (0)2 538 08 41
E-mail: jean.de.lannoy@dl-servi.com
<http://www.jean-de-lannoy.be>

CANADA

Renouf Publishing Co. Ltd.
1-5369 Canotek Road
OTTAWA, Ontario K1J 9J3, Canada
Tel.: +1 613 745 2665
Fax: +1 613 745 7660
Toll-Free Tel.: (866) 767-6766
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
<http://www.renoufbooks.com>

CZECH REPUBLIC/ REPUBLIQUE TCHÈQUE

Suweco CZ, s.r.o.
Klecakova 347
CZ-180 21 PRAHA 9
Tel.: +420 2 424 59 204
Fax: +420 2 848 21 646
E-mail: import@suweco.cz
<http://www.suweco.cz>

DENMARK/DANEMARK

GAD
Vimmelskaftet 32
DK-1161 KØBENHAVN K
Tel.: +45 77 66 60 00
Fax: +45 77 66 60 01
E-mail: gad@gad.dk
<http://www.gad.dk>

FINLAND/FINLANDE

Akateeminen Kirjakauppa
PO Box 128
Keskuskatu 1
FIN-00100 HELSINKI
Tel.: +358 (0)9 121 4430
Fax: +358 (0)9 121 4242
E-mail: akatilaus@akateeminen.com
<http://www.akateeminen.com>

FRANCE

La Documentation française
(diffusion/distribution France entière)
124, rue Henri Barbusse
F-93308 AUBERVILLIERS CEDEX
Tel.: +33 (0)1 40 15 70 00
Fax: +33 (0)1 40 15 68 00
E-mail: commande@ladocumentationfrancaise.fr
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

Librairie Kléber

1 rue des Francs Bourgeois
F-67000 STRASBOURG
Tel.: +33 (0)3 88 15 78 88
Fax: +33 (0)3 88 15 78 80
E-mail: francois.wolfermann@librairie-kleber.fr
<http://www.librairie-kleber.com>

GERMANY/ALLEMAGNE AUSTRIA/AUTRICHE

UNO Verlag GmbH
August-Bebel-Allee 6
D-53175 BONN
Tel.: +49 (0)228 94 90 20
Fax: +49 (0)228 94 90 222
E-mail: bestellung@uno-verlag.de
<http://www.uno-verlag.de>

GREECE/GRÈCE

Librairie Kauffmann s.a.
Stadiou 28
GR-105 64 ATHINA
Tel.: +30 210 32 55 321
Fax: +30 210 32 30 320
E-mail: ord@otenet.gr
<http://www.kauffmann.gr>

HUNGARY/HONGRIE

Euro Info Service kft.
1137 Bp. Szent István krt. 12.
H-1137 BUDAPEST
Tel.: +36 (06)1 329 2170
Fax: +36 (06)1 349 2053
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
<http://www.euroinfo.hu>

ITALY/ITALIE

Licosa SpA
Via Duca di Calabria, 1/1
I-50125 FIRENZE
Tel.: +39 0556 483215
Fax: +39 0556 41257
E-mail: licosa@licosa.com
<http://www.licosa.com>

MEXICO/MEXIQUE

Mundi-Prensa México, S.A. De C.V.
Río Pánuco, 141 Delegación Cuauhtémoc
06500 MÉXICO, D.F.
Tel.: +52 (01)55 55 33 56 58
Fax: +52 (01)55 55 14 67 99
E-mail: mundiprensa@mundiprensa.com.mx
<http://www.mundiprensa.com.mx>

NETHERLANDS/PAYS-BAS

De Lindeboom Internationale Publicaties b.v.
M.A. de Ruyterstraat 20 A
NL-7482 BZ HAAKSBERGEN
Tel.: +31 (0)53 5740004
Fax: +31 (0)53 5729296
E-mail: books@delindeboom.com
<http://www.delindeboom.com>

NORWAY/NORVÈGE

Akademika
Postboks 84 Blindern
N-0314 OSLO
Tel.: +47 2 218 8100
Fax: +47 2 218 8103
E-mail: support@akademika.no
<http://www.akademika.no>

POLAND/POLOGNE

Ars Polona JSC
25 Obbroncow Street
PL-03-933 WARSZAWA
Tel.: +48 (0)22 509 86 00
Fax: +48 (0)22 509 86 10
E-mail: arspolona@arspolona.com.pl
<http://www.arspolona.com.pl>

PORTUGAL

Livraria Portugal
(Dias & Andrade, Lda.)
Rua do Carmo, 70
P-1200-094 LISBOA
Tel.: +351 21 347 42 82 / 85
Fax: +351 21 347 02 64
E-mail: info@livrariaportugal.pt
<http://www.livrariaportugal.pt>

RUSSIAN FEDERATION/ FÉDÉRATION DE RUSSIE

Ves Mir
9a, Kolpacnyi per.
RU-101000 MOSCOW
Tel.: +7 (8)495 623 6839
Fax: +7 (8)495 625 4269
E-mail: orders@vesmirbooks.ru
<http://www.vesmirbooks.ru>

SPAIN/ESPAGNE

Mundi-Prensa Libros, s.a.
Castelló, 37
E-28001 MADRID
Tel.: +34 914 36 37 00
Fax: +34 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
<http://www.mundiprensa.com>

SWITZERLAND/SUISSE

Van Diermen Editions – ADECO
Chemin du Lacuez 41
CH-1807 BLONAY
Tel.: +41 (0)21 943 26 73
Fax: +41 (0)21 943 36 05
E-mail: info@adeco.org
<http://www.adeco.org>

UNITED KINGDOM/ROYAUME-UNI

The Stationery Office Ltd
PO Box 29
GB-NORWICH NR3 1GN
Tel.: +44 (0)870 600 5522
Fax: +44 (0)870 600 5533
E-mail: book.enquiries@tso.co.uk
<http://www.tso.co.uk>

UNITED STATES and CANADA/ ÉTATS-UNIS et CANADA

Manhattan Publishing Company
468 Albany Post Road
CROTON-ON-HUDSON, NY 10520, USA
Tel.: +1 914 271 5194
Fax: +1 914 271 5856
E-mail: Info@manhattanpublishing.com
<http://www.manhattanpublishing.com>

Council of Europe Publishing/Editions du Conseil de l'Europe
F-67075 Strasbourg Cedex

Tel.: +33 (0)3 88 41 25 81 – Fax: +33 (0)3 88 41 39 10 – E-mail: publishing@coe.int – Website: <http://book.coe.int>

Cet ouvrage est l'aboutissement d'un projet de deux ans mené par un groupe de spécialistes chargé d'examiner l'intégration de services sociaux à d'autres services publics sélectionnés. L'intégration recouvre toute une série d'approches et de méthodes destinées à accroître la coordination et l'efficacité entre différents services afin de répondre au mieux aux intérêts des usagers, de leur famille ou du personnel d'aide.

Destiné aux décideurs politiques aux niveaux national et local, aux organisations et aux utilisateurs de ces services, l'ouvrage livre des exemples pris dans des pays européens et propose de grandes orientations sur la conception et l'application de politiques et de pratiques efficaces en matière d'intégration.

Il complète *L'accès aux droits sociaux en Europe* (2002) et fait partie intégrante de la Stratégie de cohésion sociale du Conseil de l'Europe.



www.coe.int

Le Conseil de l'Europe regroupe aujourd'hui 47 Etats membres, soit la quasi-totalité des pays du continent européen. Son objectif est de créer un espace démocratique et juridique commun, organisé autour de la Convention européenne des Droits de l'Homme et d'autres textes de référence sur la protection de l'individu. Créé en 1949, au lendemain de la seconde guerre mondiale, le Conseil de l'Europe est le symbole historique de la réconciliation.

ISBN 978-92-871-6208-3



10€/15\$US

<http://book.coe.int>
Editions du Conseil de l'Europe