



**Habitat Intergénérationnel et Centre Régional de**

**Soins Primaires**

# **Cité Générations et Espace Santé**

**DOCUMENT DE TRAVAIL**

- L'habitat « intergénérationnel »
- La responsabilité régionale
- La santé en réseau
- Le réseau Ville-Hôpital

Ph. Schaller, Dr. Med., M.Sc., Groupe Médical Onex  
Grivel & Cie SA, atelier d'architectes, 1213 Onex

Juin 2006

# Table des matières

## **Introduction**

- Identification d'un besoin
- La révolution de la longévité
- Le projet

## **La réalité genevoise**

- La planification
- Une situation insatisfaisante
- Des conditions gagnantes
- Refuser le *statu quo*

## **Eléments de prospectives**

- Données démographiques
- Une nouvelle façon d'envisager les soins de longue durée
- Questionnements

## **Cité Génération et Espace Santé**

- Des objectifs opérationnels et réalistes
- Un concept d'habitat intergénérationnel
- Un concept d'unités de vie pour personnes âgées dépendantes
- Un concept de réseau régional de soins
- Un concept de centre de soins primaires

## **La santé en réseau**

- Les origines
- Le réseau porteur de transformation
- Un projet ville-hôpital

## **Conclusions**

Annexe 1 : Projet de Réseau Régional de Soins et Services pour les personnes en perte d'autonomie (Onex, Bernex et la Champagne)

Annexe 2 : Typologie et plans de Cité Générations et Espace Santé

## Résumé

La population genevoise vieillit à un rythme accéléré et de nombreux observateurs soulignent que le système de santé souffre de certaines faiblesses, notamment une articulation insuffisante entre les différentes structures de soins (hôpital universitaire, soins à domicile, hébergement de longue durée, médecine de ville) ainsi qu'une carence en hébergements de type « intermédiaires ».

Le projet Cité générations et Espace Santé souhaite démontrer qu'il est possible de proposer une meilleure prise en charge des personnes âgées et d'organiser différemment le système de soins ambulatoires. Ainsi, plusieurs concepts seront développés : un habitat intergénérationnel, des petites unités de vie, un Réseau Régional de Soins et un Centre de Soins Primaires.

Toutefois, ce projet ne pourra relever les défis du vieillissement de la population que s'il est ancré sur deux réalités concrètes : **une responsabilité régionale du réseau ainsi qu'un partenariat Ville-Hôpital performant.**

Alors, il sera possible de mieux maîtriser les trajectoires de soins des personnes en perte d'autonomie et de rompre avec la fragmentation des soins et l'utilisation inadéquate des compétences.

### Note biographique

Philippe Schaller, né en 1954, diplômé de la Faculté de médecine de Genève, exerce une pratique de médecine interne au sein du Groupe Médical d'Onex dont il est l'un des fondateurs depuis 1989. Il observe d'un regard médical et politique l'évolution de l'exercice médical ambulatoire tant public que privé. Il a assumé plusieurs mandats politiques. Il est également diplômé en santé publique de la faculté des Sciences de l'Université de Montréal (Québec). Avec son collègue, le Dr. M-A Raetzo, il anime le plus important réseau de « médecins de famille » de Suisse. Ce projet pilote démontre qu'il est possible de remodeler l'organisation des soins et d'impliquer plus largement les praticiens dans la gestion, la coordination et l'amélioration de la qualité.

L'Atelier d'Architectes GRIVEL & Cie SA (EAUG/SIA) fondé il y a près de quarante ans, à structure familiale, a largement contribué au développement, après un regroupement foncier, du périmètre Victor-Duret, rue de Bandol et route de Chancy, sis sur la Commune d'Onex, tant par les immeubles de logements (HM et PPE), que par les bâtiments administratifs situés le long de la route de Chancy. Actuellement, il réalise le bâtiment principal de l'Office Cantonal de la Population de Genève (OCP).

Déjà en contact avec le Dr. Ph. Schaller, c'est dans le cadre de cette refonte, que le site devenait évident pour la réalisation du projet d'Habitats Intergénérationnels et d'un Centre Régional de Soins Primaires. D'autre part, auteur de nombreuses réalisations; logements collectifs et individuels, artisanales, et réhabilitations de demeures anciennes, etc., l'Atelier Grivel & Cie SA, s'étant toujours intéressé à l'intégration des générations au sein du bâti urbain, l'a amené à s'impliquer activement à l'élaboration de ce projet.

# Introduction

## L'identification d'un besoin

Au cours des prochaines années, le canton de Genève sera appelé à relever des défis considérables en matière d'organisation et de prestations de services de santé et des services sociaux aux personnes en perte d'autonomie.

En effet, la population genevoise vieillit à un rythme accéléré et la société, dans son ensemble, subit des transformations socio-économiques considérables. Conséquemment, les effets de ces phénomènes, conjugués à l'avancement continu des progrès technologiques, médicaux et pharmaceutiques, engendreront une hausse marquée des coûts, ceci dans un contexte de restriction budgétaire.

De nombreux observateurs soulignent, dans plusieurs rapports récents, que le système de santé genevois souffre de certaines faiblesses : à savoir une articulation insuffisance entre les différentes structures de soins (hôpital universitaire, soins à domicile, hébergement de longue durée, médecine de ville), ainsi qu'une carence en structures d'hébergement dites « intermédiaires ».

Même si les services d'aide et de soins à domicile se sont fortement déployés sur l'ensemble du canton et que le programme de construction de nouveaux établissements médico-sociaux (EMS) a repris, le système de santé ne pourra assumer les défis de demain sans revoir l'organisation sociale et sanitaire de l'ensemble du dispositif.

## La « révolution de la longévité »

La « révolution de la longévité » implique des évolutions profondes, qui concernent aussi bien l'habitat que l'organisation médicale et sociale.

Notre société se caractérise encore par un cloisonnement trop marqué des âges de la vie et par une prise de conscience insuffisante des enjeux majeurs liés au vieillissement de la population. Nos espaces architecturaux ainsi que nos institutions médicales et sociales restent organisés autour d'un public défini ou d'une fonction spécifique. Cependant, l'organisation standardisée de ces lieux limite la capacité de cette population à rester intégrée à la société.

## Le projet

Cité générations et Espace Santé est un projet qui souhaite démontrer qu'il est possible de développer une meilleure prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et d'organiser différemment le système de soins ambulatoire. Ainsi, deux axes seront développés pour être en adéquation avec les trajectoires de vie et de soins des personnes en perte d'autonomie :

- une interactivité des âges au sein d'un habitat urbain ;
- une coopération entre professionnels au sein d'un réseau régional de soins ;

Pour devenir porteur de changement et réussir son implantation **Cité Générations et Espace Santé** devra s'appuyer sur les conditions suivantes:

- le repérage des besoins pertinents et non satisfaits dans la région d'Onex et de la Champagne ;
- la capacité d'articuler la conception du bâti autour du lien social ;
- la mise en réseau des acteurs régionaux ;
- l'implication des collectivités locales et associatives ;

Ses lignes d'action vont se structurer autour de plusieurs concepts :

- un concept d'habitat intergénérationnel ;
- un concept de petites unités de vie pour personnes dépendantes ;
- un concept de Réseau Régional de Soins ;
- un concept de Centre de Soins Primaires.

## La réalité genevoise

### La planification

Au cours des dernières années, le canton de Genève (Suisse) a développé un large éventail de prestations favorables au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie.

Plusieurs étapes législatives majeures ont permis ce développement, notamment le vote populaire, en juin 1992, de la loi sur l'aide et les soins à domicile<sup>1</sup> ainsi qu'un moratoire suspendant toute nouvelle construction d'établissement médico-social (EMS).

Mais, dès le début des années 2000, en raison de l'évolution démographique et de son impact sur le nombre de personnes très âgées en situation de forte dépendance, le Conseil d'Etat a pris la décision de lever ce moratoire et d'envisager la construction de plus de 1'000 lits institutionnels d'ici 2010 pour répondre aux besoins de placement.

Ces futurs EMS doivent, pour bénéficier d'un subventionnement public et d'une autorisation d'exploiter, être aménagés selon un certain nombre de directives inscrites dans la loi (typologie de 60 lits en moyenne)<sup>2</sup>.

Un premier rapport d'experts<sup>3</sup> a attiré l'attention du politique sur l'importance de rechercher des alternatives à cette décision législative ; il serait préférable, à l'avenir, d'orienter les choix en matière d'investissement et d'organisation pour les personnes en perte d'autonomie vers une meilleure intégration des services et le développement de réseaux de soins.

---

<sup>1</sup> Loi sur l'aide à domicile (LADom) – K 1 05, du 16 février 1992 ;

<sup>2</sup> Directives d'exécution relatives à l'aménagement des EMS en application de l'article 20 du règlement d'application de la loi relative aux EMS, 2003.

<sup>3</sup> Rapport groupe d'experts « Etablissement médico-social (EMS) : quel projet institutionnel pour demain ? » 2003

Ce rapport recommande également de porter une attention toute particulière aux structures de prise en charge dites « intermédiaires » (foyers de jour, unité d'accueil temporaire, immeubles à encadrement social, lits de répit) ainsi qu'à de nouvelles formes d'habitat.

Etablissement médico-social (EMS) ; quel projet institutionnel pour demain ?  
extrait du résumé :

« Au terme de ses travaux, le groupe d'experts émet un certain nombre de recommandations et d'actions structurantes permettant à l'*EMS de demain* d'être une véritable innovation sociale. On retiendra, en particulier, qu'il convient dans l'avenir d'orienter les choix en matière d'investissement et d'organisation en faveur d'une intégration des services offerts à la population âgée et à la mise en place de réseaux de santé fonctionnellement et financièrement autonome.

Le groupe recommande, également, de porter une attention toute particulière aux structures de prise en charge dites « intermédiaires » ainsi qu'à de nouvelles formes d'habitat (la loi actuelle est trop restrictive et ne permet pas l'innovation). Faute de quoi, il n'y aura pas de stratégie de prise en charge efficace des personnes dépendantes. »

Rapport groupe d'experts « Etablissement médico-social (EMS) : quel projet institutionnel pour demain ? » P. Schaller, 2003,

## Une situation insatisfaisante

Le dispositif socio sanitaire actuel de prise en charge de la personne âgée a de plus en plus de difficulté à assumer la diversité grandissante des problématiques auxquelles il doit faire face.

La pénurie d'hébergement de long séjour ainsi que la crise des finances publiques augmentent encore cette situation. La réalité actuelle<sup>4</sup> met en évidence une difficulté de coordination entre les grandes institutions (aide à domicile, hôpitaux universitaires, établissements médico-sociaux, médecine de ville) et un manque crucial de structures « intermédiaires » sur le territoire genevois.

Nombre d'observateurs relèvent aussi que l'appareil législatif, trop restrictif, ne permet pas l'innovation.

Cette situation insatisfaisante est largement encouragée par les modes d'allocation des ressources, les législations cantonales et fédérales ainsi que le fonctionnement en « silos » des différentes institutions et secteurs.

---

<sup>4</sup> Rapport ORES sur les structures intermédiaires subventionnées, mai 2004 ;

Le Dr. O. Rutschmann a évalué la trajectoire et la complexité des patients admis au Centre d'Accueil et d'Urgence des Hôpitaux Universitaires de Genève pour soins impossibles à domicile durant les mois octobre à décembre 2002<sup>1</sup>.

Cette étude confirme que le manque de coordination entre les différents intervenants de première ligne (médecins traitants, services d'aide et de soins à domicile, structures intermédiaires, services sociaux) ne favorisent pas le maintien à domicile de personnes toujours plus fragiles et souffrant de multiples co-morbidités médicales et psychiques. Ce rapport souligne très clairement une situation d'engorgement du dispositif face aux besoins des personnes en perte d'autonomie :

- une meilleure connaissance des personnes âgées et fragiles et de leur complexité devrait permettre d'identifier des groupes de patients chez lesquels **une meilleure organisation du réseau ambulatoire pourrait éviter des hospitalisations ou de mieux les diriger dans le système de soins ;**
- **une hospitalisation aurait pu être évitée et les soins donnés dans des lieux de soins nécessitant de moindres ressources pour 33 à 40% ;**
- **une prise en charge ambulatoire multidisciplinaire** permettrait un maintien plus fréquent à domicile tout en mettant le médecin traitant au centre de cette prise en charge ;
- Fréquemment par manque d'anticipation, la décision d'hospitalisation se fait le plus souvent en situation de crise **sans concertation entre les principaux acteurs que sont le médecin traitant, les soins à domicile et le réseau primaire entourant le patient.**

Rapport d Dr. O. Rutschmann sur l'Evaluation de la trajectoire et de la complexité des patients admis au Centre d'Accueil et d'Urgence des HUG pour soins impossibles à domicile, octobre 2003.

Ainsi, plutôt que de recourir à la solution envisagée et conventionnelle d'ajout de lits en établissements de longue durée, le système socio sanitaire genevois aurait intérêt à miser sur sa capacité à **améliorer l'efficacité de l'ensemble des composantes du réseau (structures publiques et privées) et s'adapter aux besoins de la population ainsi qu'aux trajectoires de soins des personnes en perte d'autonomie.**

## Des conditions gagnantes

A la lumière des différents rapports<sup>5</sup>, il est possible de dégager quelques points forts pour améliorer la situation d'engorgement actuel de notre système.

On parle d'engorgement quand de nombreuses personnes âgées, hospitalisées au sein des HUG ou maintenues à domicile dans des conditions précaires, sont en attente de placement dans une structure adaptée.

Cet engorgement risque d'être ressenti d'autant plus durement dans un contexte de déficit budgétaire.

Les **conditions gagnantes** vont se construire à partir des complémentarités des pratiques professionnelles, de la coopération entre les partenaires institutionnels et privés ainsi que de la création de lieux d'hébergement de type « intermédiaire ».

La littérature internationale démontre clairement que **l'intégration et la coordination des services de première ligne ainsi que la création de réseaux régionaux formels améliorent la qualité des soins et sont des solutions économiquement plus avantageuses**<sup>6</sup>.

## Refuser le « *statu quo* »

Pour offrir un service de maintien et d'aide à domicile de proximité qui réponde aux besoins de nos sociétés vieillissantes, il est nécessaire d'avoir une attitude active et créative. Le « *statu quo* » ne suffit plus. Le domaine de la santé évolue vite, et il faut que l'organisation des soins s'adapte en conséquence.

Dans le canton de Genève, comme nous venons de le mentionner, il existe un réel problème d'organisation, de coordination, entre les structures et les différents acteurs.

Malheureusement, nos politiques de santé restent totalement figées et les réformes tardent à venir. La LAMal et les législations cantonales ne favorisent pas la création de réseaux ; l'intégration et la coordination des services ne sont pas stimulées ; les modes de financements restent attachés aux structures selon une approche duale (ambulatoire/stationnaire, assurance/Etat).

---

<sup>5</sup> Rapports : « Personnes âgées hospitalisées en attente de placement dans un EMS, 2002 », « Collaboration entre les HUG, les Centres d'Action Sociale et de Santé et les EMS, 2003 », « Evaluation de la loi relative aux EMS » « Rapport du Conseil d'Etat sur la planification hospitalière du système de santé genevois 2003-2010 et sur la politique en faveur des personnes âgées dans le canton de Genève, 2005 », « Rapport final sur l'analyse du processus d'entrées en EMS des patients hospitalisés dans les HUG et des clients suivis dans les CASS, 2000 » ;

<sup>6</sup> Bergmann H, Béland F, Lebel P, Création de Réseaux de Services Intégrés pour Personnes Âgées, Montréal 2003



Mme Marthe Erismann préconise dans son rapport de synthèse relatif aux structures intermédiaires subventionnées:

- la nécessité de regrouper les informations relatives à la nature des prestations offertes par chaque structure, aux critères d'admission respectifs, aux disponibilités et aux demandes d'admission du réseau sociogérontologique ;
- la recherche et la valorisation de la coopération entre les partenaires pour l'orientation des trajectoires de soins des personnes âgées ;
- le renforcement de la coordination des décisions d'orientation ;
- une volonté de permettre aux personnes âgées de soutenir et de renforcer leur autonomie et d'être réellement partie prenante des choix à effectuer.

« L'extension de ce dispositif d'information, d'orientation et de coordination pourrait être envisagée pour d'autre groupe de la population.

La nécessité d'utiliser un outil d'orientation a déjà été constatée dans d'autres cantons romands. Le choix d'un tel outil d'orientation a même été à l'étude au niveau national. Il a comme mission de faciliter la gestion et l'échange d'information à l'intérieur du réseau sociogérontologique ou des sous-réseaux existants à l'intérieur d'un groupe de prestataires (les immeubles avec encadrement, les foyers de jour, les CASS, les EMS)....**Nous ne préconisons pas d'introduire une culture de réseau fortement administrative, mais plutôt un type de réseau spécifique à l'amélioration des filières de soins axé sur la modification des pratiques des institutions et des professionnels dans le domaine élargi du maintien à domicile. Nous visons surtout le développement (organisé) de la coopération entre les structures et la coordination des trajectoires de soins des personnes âgées. Ce type de réseau centré sur la réflexion entre les acteurs autour des trajectoires de soins des personnes âgées peut être à l'origine d'amélioration de la qualité de la prise en soins des personnes âgées et permettre d'en réduire les coûts ».**

Rapport ORES au Conseil d'Etat sur les structures intermédiaires subventionnées, mai 2004 .

## Eléments de prospectives

### Données démographiques

Si le vieillissement démographique reflète l'espérance de vie et, de manière de plus en plus nette de l'espérance de vie en bonne santé, s'il y a lieu de se réjouir de cet état de fait, il ne faut pas en négliger les conséquences quant aux besoins médico-sociaux.

Il appartient aux cantons de les couvrir conformément aux dispositions de l'art. 39 LAMal.

Contrairement, aux estimations économiques du moment, l'allongement de la vie va s'accompagner d'une amélioration de l'état de santé, et ainsi l'accroissement de la proportion de personnes âgées conduira à une augmentation moindre de la dépense par individu.

Par contre, si l'amélioration de l'état de santé par âge se fait au dépens d'**un accroissement de l'intensité** des soins ou d'**une organisation défaillante**, l'augmentation de la proportion de personnes âgées pourrait se traduire, cette fois, par une augmentation forte de la dépense par individu.

En tout état de cause, le vieillissement n'augmente pas fatalement la dépense par un processus incontournable, mais est largement **affaire de choix et d'arbitrages sociaux**<sup>7</sup>.

A Genève, comme dans tous les pays industrialisés, la croissance démographique se produira surtout dans la tranche d'âge des plus de 65 ans, la population âgée de plus de 80 ans augmentera, quant à elle, le plus rapidement. Ce vieillissement de la population ne se stabilisera qu'après 2035. Entre 2001 et 2010, la population âgée de 65 ans et plus va croître d'environ 8'900 personnes.

La courbe de croissance des octogénaires s'accélère depuis 2005, leur nombre augmente de près de 400 personnes par année. Durant cette période, la population âgée de 80 ans et plus va ainsi croître d'environ 3'300 personnes<sup>8</sup>.

De nombreuses maladies sont associées au vieillissement, en particulier les affections cardiovasculaires, les maladies chroniques, les problèmes ostéo-articulaires, les atteintes de la vue et de l'ouïe, ainsi que les démences<sup>9</sup>.

## Une nouvelle façon d'envisager les soins de longue durée

A la vue de cette évolution démographique, le Département de l'Economie et de la Santé estime nécessaire **la construction de 1'000 lits en EMS jusqu'en 2010. Cette estimation peut sembler réaliste si l'on tient compte des besoins en lits sous un angle uniquement démographique, sans tenir compte des autres paramètres médico-sociaux.**

Le rapport du groupe d'experts « Etablissement médico-social : quel projet institutionnel pour demain ? » a attiré l'attention sur **la non-pertinence de cette perspective unique**. Par ailleurs, selon le modèle envisagé de prise en charge de la personne en perte d'autonomie, les incidences sur les coûts de la santé, ainsi que sur les facteurs humains seront considérables.

Ainsi, l'établissement médico-social ( 3'316 lits à Genève ) n'est plus, comme cela pouvait être le cas par le passé, la seule alternative à la dépendance et à la perte d'autonomie liées à l'âge.

Le canton de Genève a su mettre en place progressivement un vaste dispositif d'aide et de soins à domicile chez 11'508 personnes. La diversification de l'offre s'est également développée avec la mise à disposition d'immeubles avec encadrement social (pour 1'073

---

<sup>7</sup> Grignon M, Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé, CREDES, mars 2003

<sup>8</sup> Source : Office cantonal de la statistique, Etudes et documents 27, projections démographiques pour le Canton de Genève, décembre 1999 ;

<sup>9</sup> Herrmann F, Démence, dépression, handicap et maintien des facultés cognitives chez la personne âgée. Dpt de Gériatrie, Recherche médicale, HUG, PNR-32, 1997 ;

personnes), foyers de jour (pour 327 personnes), unités d'accueil temporaire (pour 32 personnes)<sup>10</sup>.

La politique cantonale (RD 586) en faveur des personnes âgées s'est fixée un certain nombre d'objectifs pour permettre de mieux tenir compte de la trajectoire de vie et de leurs besoins. Elle veut s'appuyer sur les trois piliers que sont les soins à domicile, les établissements médico-sociaux et les structures intermédiaires.

## Questionnements

Aujourd'hui, malheureusement, le système genevois est dans une situation bloquée.

**Comment expérimenter un modèle capable de mobiliser le dispositif socio sanitaire et, ainsi assumer le fonctionnement « en continuum » des trajectoires de soins ?**

**Comment combler le « vide », cet « entre-deux », entre les services d'aide et de soins à domicile (FSASD) et le dispositif d'EMS actuel ?**

Sans être une réponse définitive, Cité Générations et Espace Santé veut, à ce stade, être un projet innovant, voire en rupture avec les schémas organisationnels du moment. Il s'agit bien d'imaginer et de modéliser, au niveau régional, « une plateforme stratégique qui fixe des objectifs et des moyens d'action pour atteindre une forme d'organisation future souhaitable<sup>11</sup> ».

# Cité Générations et Espace Santé

## Des objectifs opérationnels et réalistes

Cité Génération et Espace Santé est un projet conçu de manière à répondre aux défis cités précédemment. Plusieurs concepts seront développés afin de répondre aux objectifs suivants :

- mettre à disposition **un habitat évolutif et adapté** à la trajectoire de vie et aux besoins des personnes âgées, pour leur permettre de vivre dans un environnement convenant à leur situation ;
- **atténuer la bipolarisation**, à savoir le système actuel, qui prévoit deux types de situations : la personne âgée soit domiciliée chez elle, soit institutionnalisée dans un EMS, ceci avec des soutiens financiers différenciés ;
- **améliorer la coopération en réseau des différents interlocuteurs et des différentes structures**<sup>12</sup>, tels les médecins de ville, les hôpitaux universitaires, les établissements médico-sociaux, les services de soins à domicile, les entités associatives ;

---

<sup>10</sup> 2003

<sup>11</sup> Godet M, Manuel de prospective stratégique, Paris, Dunod, 1977

<sup>12</sup> Burton R, The évolution of nursing homes into comprehensive geriatrics centers : a perspective. J AM Geriatr Soc 42: 794-796, 1994.

- **renforcer la coordination de l'aide et des soins** par une approche de décloisonnement et de continuité propre à un réseau ;
- **donner à la région** (ville d'Onex et communes de la Champagne) **la responsabilité d'orienter et d'organiser ce réseau.**

**Dans cette hypothèse, le projet Cité Génération et Espace Santé devrait permettre, au niveau régional, d'éviter des hospitalisations inappropriées (urgences) et de retarder les admissions au sein d'établissements de longue durée (EMS). On peut s'attendre également, à ce que le coût des prises en charge soit inférieur, ceci avec une amélioration des indices de satisfaction des différents acteurs.**

## **Un concept d'habitat intergénérationnel**

L'habitat intergénérationnel est l'une des composantes importantes du projet envisagé. Ce type d'habitat permettra de proposer aux personnes âgées un lieu de vie sécuritaire qui, grâce à sa dynamique sociale et architecturale lutte contre les facteurs d'isolement qui caractérisent la situation actuelle. Cet habitat se propose d'élaborer un modèle qui articule une polyvalence fonctionnelle des lieux, une capacité d'animation sociale et une interaction entre les différentes générations au sein de cet habitat.

Cet ensemble locatif comprendra plusieurs types de logements accueillant des familles, des personnes seules, des étudiants et des personnes âgées dépendantes. De plus le projet Espace Santé renforcera *l'intergénérationnel* par la mise à disposition d'espaces communautaires avec foyer de jour, centre d'accueil information, restaurant, espace de vie pour la petite enfance et centre de médecine communautaire et familiale. (Annexe 2)

## **Un concept d'unités de vie pour personnes âgées dépendantes**

Cité générations propose de créer des unités de vie pour personnes âgées dépendantes (6 à 8 personnes) au sein d'un modèle architectural et social de type urbain. Il devrait répondre, essentiellement, aux besoins de la demande socio sanitaire régionale. Ce modèle existe depuis plusieurs années en Ville de Saint Apollinaire (Dijon)<sup>13</sup>.

Le projet comprend trois appartements thérapeutiques, chacun constituant une unité de vie pour six personnes psychiquement dépendantes. Il s'agit d'un lieu de vie, hors du cadre des hébergements traditionnels, destiné à des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. Il permet d'accompagner, 24 heures sur 24, les personnes accueillies en fonction de leurs besoins.

L'unité de vie comprend six chambres individuelles et une pièce commune principale servant à la fois de salon, salle à manger, cuisine et salle d'activité. Le personnel a la responsabilité de la bonne marche de l'unité de vie et se doit d'être polyvalent, car il est chargé à la fois du nursing, de la préparation du repas, et de l'animation des activités. La proximité du Centre de Soins Primaires garantit la prise en charge médicale selon les besoins.

---

<sup>13</sup> [http://www.crias.asso.fr/AG\\_EchangesExpériences\\_Esprit\\_VillageStApollinaire.htm](http://www.crias.asso.fr/AG_EchangesExpériences_Esprit_VillageStApollinaire.htm),

Ce concept architectural facilite les rencontres et la relation entre les générations. Celle-ci se construit patiemment au travers d'échanges informels et spontanés.

Les espaces communautaires ont des fonctionnalités multiples : satisfaire les besoins vitaux et quotidiens des résidents, la vie sociale et les rencontres.

Ce type d'unité de vie communautaire s'adapte bien aux personnes souffrant de troubles cognitifs. En effet, il leur offre des conditions de vie proches du milieu familial et social connu en leur proposant des activités de la vie courantes et stimule, ainsi leurs fonctions cognitives restantes.

Dans ce même esprit s'inscrit le projet de réserver quelques lits à l'accueil temporaire (Unité d'Accueil Temporaire). Ces UAT ont une utilité majeure au sein d'un réseau. En effet, la « défaillance » temporaire de l'environnement, la préparation progressive à l'entrée en EMS et l'introduction éventuelle de nouvelles démarches thérapeutiques sont des raisons qui bien souvent peuvent conduire à des hospitalisations inappropriées. Bien souvent cet accueil répond à la demande de répit des proches impliqués.

La durée d'accueil peut varier d'une journée, d'une nuit, d'un week-end à une semaine selon les différentes situations.

## **Un concept de Réseau Régional de Soins**

Cité Générations et Espace Santé doit devenir le ferment d'un Réseau Régional de Soins.

La région existe déjà en tant qu'entité géographique regroupant les Centres d'Action Sociale et de Santé (CASS) des régions d'Onex, de Bernex et de la Champagne (pop+ 65 ans : 4'934, pop+80 : 1'076)<sup>14</sup>. Le CASS de Lancy pourrait également faire partie de cette région sanitaire, compte tenu de la proximité des territoires concernés.

Un document d'intention et d'harmonisation des pratiques, ainsi que de coordination des soins a été élaboré entre les différentes structures et les professionnels de terrain dans la région d'Onex et de Bernex (annexe 1).

---

<sup>14</sup> OCSTAT Genève, 2003

Le projet québécois de « Réseaux Intégrés pour les Personnes Âgées » (RESIPA)<sup>1</sup> démontre des résultats prometteurs quant à la capacité des services coordonnés pour les personnes âgées à changer la dynamique de prise en charge des publics cibles et ainsi:

- améliorer la qualité des soins et des services offerts aux personnes âgées et à leurs personnes de soutien et à en augmenter la satisfaction;
- réduire de 33% les journées d'hospitalisation en soins aigus pour celle avec des incapacités modérées à graves
- réduire de 50% les personnes en attente de placement à l'hôpital de courte durée ;
- réduire de 10% la durée de séjour à l'urgence

Bergmann H, Béland F, Lebel P, Création de Réseaux de Services Intégrés pour Personnes Âgées, Montréal 2003

## Les objectifs du Réseaux Régional de Soins

Sans changer, dans un premier temps, le mode de fonctionnement des institutions et des professionnels, il est possible de mettre en place un réseau formel dont les objectifs pourraient être de :

- retarder au maximum la progression de la dépendance ;
- maintenir à domicile le plus grand nombre de personnes dépendantes, le plus longtemps possible et dans des conditions optimales, tout en maîtrisant les coûts ;
- préparer les conditions futures de la prise en charge de la personne fragile au sein de la communauté ;
- identifier les rôles des différents éléments constitutifs du réseau ;
- améliorer la satisfaction des bénéficiaires, des proches et des professionnels.

Une première expérience est en cours de déploiement, entre le Groupe Médical d'Onex (GMO) et les Unités d'Aide et de Soins des CASS d'Onex et de Bernex. Cette expérience tente de valider le bien fondé de la collaboration médecin/infirmière dans les prises en charge complexe à domicile.

Ce premier volet devrait permettre de démontrer la pertinence d'une collaboration plus « étroite et quotidienne » entre l'infirmière à domicile et le médecin de famille, ceci avec l'aide de l'entourage proche et les intervenants régionaux. Cette dyade infirmière/médecin de famille permet de renforcer la prise en charge de soins aigus et chroniques des personnes fragilisées.

Certaines conditions sont nécessaires pour construire une action collective et réaliser des objectifs communs<sup>15</sup>, notamment formaliser les relations sous forme d'ententes négociées et consensuelles<sup>16</sup>.

Le succès de ce projet de collaboration relèvera également de la qualité des relations entre les individus intervenants, soit la volonté de travailler ensemble et de développer une relation de confiance<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> Ring PS, Van de Ven A, « Developmental processes of cooperative interorganizational relationships » Academy of Management Review, 19 (1), 90-118, 1994;

<sup>16</sup> D'Amour D, Sicotte C, Lévy R, L'action collective au sein des équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sciences sociales et Santé, 17(3),67-94,1999 ;

<sup>17</sup> Beaudry B, « De la confiance dans la relation d'emploi ou de sous-traitance » Sociologie du travail, 36(1), 43-61, 1994 ;

## Un concept de Centre de Soins Primaires

En fonction des changements fondamentaux prévus dans le domaine de la santé (voir encadré ci-dessous), le Centre de Soins Primaires sera une réponse adaptée aux besoins futurs de la population régionale et de l'exercice professionnel.

En effet, des professionnels qui restent isolés risquent rapidement de ne plus se trouver en adéquation avec un environnement toujours changeant. Ils doivent, aujourd'hui, se regrouper et travailler dans un environnement souple et collégial, notamment, au sein de groupes multidisciplinaires. Leur pratique se développera probablement sur plusieurs activités qu'ils soient publics ou privés. Actuellement, il existe auprès des jeunes générations une plus grande ouverture aux pratiques de groupes et autour d'un projet médical.

Il est certain que l'acte thérapeutique relève d'un chaînage de prise en charge évoluant grâce à la pluridisciplinarité des intervenants. Il en résulte que la prise en charge d'un patient ne relève plus d'un contrat unique.

Par ailleurs, le mouvement de dépersonnalisation de la relation médecin/malade, s'étend progressivement. Les patients ne s'y trompent pas : leur confiance s'exprime davantage envers un système d'offre de soins, qu'envers un praticien particulier.

Un tel centre répondra également aux défis contemporains de la santé qui imposent de recentrer certaines de ses actions vers les compétences des professionnels paramédicaux, accompagnant ainsi une démarche que ces derniers demandent de longue date<sup>18</sup>. (Lire également encadré de Charles Bader)

Charles-R. Bader, vice doyen de la faculté de médecine de Genève se demande, en reprenant la thèse de Clayton Christensen, professeur à Harvard Business School, si le système de santé n'est pas mûr pour la survenue de l'innovation disruptive :

« Les facultés de médecine, les médecins spécialistes, les hôpitaux universitaires, les fabricants d'équipements ont, collectivement, accompli l'exploit de traiter et de résoudre des problèmes complexes de la partie la plus technologique de la demande en santé. En revanche, les progrès dans les autres parties de la demande en santé n'ont pas été aussi spectaculaires, bien que les attentes aient probablement augmenté. C'est ce qui rend le monde de la santé mûr pour l'introduction d'une innovation disruptive ». Dans la suite de son article Charles-R. Bader propose quelques innovations qui pourrait ressembler à une innovation disruptive dans le domaine de la santé :

- à chaque personne bien-portante d'appliquer efficacement des mesures préventives, par le biais d'une responsabilisation individuelle éduquée ;
- au patient d'effectuer lui-même ce qui actuellement requiert une infirmière (l'éducation thérapeutique du patient est un exemple à suivre dans cette direction) ;
- à des infirmières d'effectuer des gestes diagnostiques et thérapeutiques en partage avec les médecins ;
- aux médecins de premier recours d'accomplir des gestes diagnostiques et thérapeutiques en coordination avec les spécialistes.

<sup>18</sup> Mundiger MO, Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians, JAMA Vol 283 n° 1, 2000 ;

Ce Centre de Soins Primaires aura pour mission d'être, au niveau régional, le pivot du réseau de soins et le lien entre l'hôpital universitaire et la médecine de ville, à savoir un pont entre les soins aigus demandant un plateau technique de type universitaire et les soins stationnaires de proximité.

Pour remplir ce rôle, il devrait être accrédité/affilié aux hôpitaux universitaires de Genève et collaborer tant en médecine ambulatoire, qu'en enseignement et en recherche.

En ce qui concerne l'expertise médicale, les activités et le plateau médico-technique du Groupe Médical d'Onex et du Centre Médical de Cressy feront partie intégrante de l'offre de services du projet.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la difficulté du système n'est pas le financement, mais la faiblesse à mobiliser et coordonner les moyens existants. Ceci nécessite une réflexion sur les méthodes, les mécanismes et l'organisation de notre modèle de santé. Aujourd'hui, la médecine hospitalière est invitée à se rationaliser (financement par AP-DRG), la pratique de ville est parallèlement amenée à se regrouper, à coopérer avec l'hôpital public. Ceci pourrait permettre d'éviter les multiplications d'offre de soins et surtout d'élaborer des référentiels médicaux et mettre en place un suivi pluridisciplinaire. Il apparaît que, théoriquement, face aux exigences nouvelles, les différents acteurs auront non seulement un souci, mais également une obligation de collaborer<sup>19</sup>.

Cette collaboration Ville-Hôpital, au sein de ce Centre, devrait permettre de :

- développer un centre d'expertise en médecine ambulatoire ;
- coordonner les soins primaires au niveau régional ;
- permettre une coopération de l'ensemble des acteurs de terrain public et privé;
- organiser les prises en charge selon des programmes de soins (diabète, ostéoporose et chute, insuffisance cardiaque...) ; programme déjà élaboré au sein des HUG ;
- encourager et développer le travail multidisciplinaire ;
- améliorer la satisfaction des professionnels ;
- développer l'enseignement et la recherche en médecine ambulatoire ;
- assumer une responsabilité globale pour la population définie;
- développer des outils de communication performants.

## Inventer des solutions nouvelles

« C'est désormais un lieu commun que de souligner que le corps médical n'est pas en phase de proposition avec l'évolution du système de soins. Son avenir risque de se jouer sans lui, si, trop arc-bouté sur les actes, il ignore superbement le monde qui bouge. Les problèmes actuels mis en évidence sont stimulants et incitent à promouvoir une autre logique.

Cependant, les questions soulevées aujourd'hui ne sont-elles que la version actualisée d'une problématique constante ? Celle-ci nécessite de briser la pensée unique ambiante en répondant, non par l'inflation des acteurs et des budgets, mais par leur mutualisation et la recherche de la meilleure productivité dans leurs interventions. Une demande de restructuration du système est sous-jacente dans la profession où le paiement à l'acte ne fait plus l'unanimité. Ne faudrait-il pas saisir et orienter ce courant ? »

Rault-Doumax, Philippe, Hôpitaux, cliniques, quel futur ? L'Harmattan, Paris, 2004

<sup>19</sup> [http://www.healthservices.gov.bc.ca/phc/pdf/phc\\_practice\\_models.pdf](http://www.healthservices.gov.bc.ca/phc/pdf/phc_practice_models.pdf)



# La Santé en Réseau

## Les origines

Dans les années 1980, sous l'effet conjugué de l'épidémie du VIH, des difficultés de prises en charge des personnes âgées et des problèmes rencontrés pour le traitement et l'accompagnement des malades atteints de pathologies lourdes (cancer) ou chroniques (diabète), une nouvelle forme d'organisation et de coordination entre professionnels de soins voit le jour : les réseaux ville-hôpital ou les réseaux de soins<sup>20</sup>.

C'est autour du « manque », de « prise en charge insuffisante », d'« attentes insatisfaites », de « nécessité de rationalisation »<sup>21</sup> que des professionnels engagés se motivent pour créer et générer des réseaux de soins.

En France, en 2004, 188 réseaux sont ainsi spécifiquement financés.

La loi française relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé donne un cadre légal et une définition à l'émergence de ces nouvelles formes d'organisation :

*« Les réseaux de santé ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins. »*

On retrouve de nombreux travaux dans la littérature qui abordent ce type de transformations à envisager pour « maîtriser les tensions et les contradictions qui sont à l'origine des dysfonctionnements des systèmes de santé, entre autres la fragmentation des soins, l'utilisation inadéquate des compétences, l'accès inéquitable à certains services,... »<sup>22 23</sup>.

Malheureusement, la législation suisse ne prévoit aucune disposition pour favoriser le développement de réseaux de soins selon la définition mentionnée. Même si, l'article 41 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) offre un cadre législatif pour la création de réseaux (HMO, médecins de famille), l'objectif premier reste cependant la limitation des coûts et non un projet réel d'organisation des soins et des services en terme de santé publique<sup>24</sup>.

**Les cantons, à ce stade, n'ont pas développé d'incitatifs favorables à l'émergence de telles solutions.**

---

<sup>20</sup> Cabé MH, « La santé en réseaux, quelles innovations ? » Sociologies Pratiques, PUF, 2005

<sup>21</sup> Schaller P, Raetz MA, Diminution du coût du système de santé en Suisse, Revue Médicale Assurance Maladie, 33 (1) 61-65;

<sup>22</sup> Ackermann FK, The movement toward vertically integrated regional health systems, Health Care Management review, 17(3), 81-88., 1992;

<sup>23</sup> Contandriopoulos AP, et al, Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre, Ruptures, vol 8,38-52, 2001

<sup>24</sup> 3<sup>e</sup> révision de la LAMal, Rapport final sur le sous-projet Managed Care, 2004

## Le réseau : porteur de transformation

L'intervention interdisciplinaire constitue, spécialement en milieu communautaire, un modèle incontournable dans les situations complexes de soins.

L'orientation du système de soins actuel reste celle d'une organisation héritée largement d'un modèle biomédical à hiérarchie marquée.<sup>25 26 27</sup>

L'implantation progressive d'un réseau, incluant tous les partenaires régionaux (annexe 1), va nous permettre de faire l'apprentissage des règles, des modes de pilotage et de régulation qui fixeront les fondations d'un réseau de soins opérationnel.

Ce réseau devrait potentiellement être porteur de transformations sociales.

Cette forme d'organisation va, sans aucun doute, nous interroger sur les modalités d'interactions et de régulations entre des mondes très différents : hôpitaux universitaires et médecins traitants, médical et social, privé et institutionnel.

Elle va aussi redonner du sens à une action collective qui peine à s'imposer et permettre de réhabiliter la prise en charge des malades sur un territoire, dans un avenir proche et dans le cadre d'une politique régionale de santé.

Le modèle curatif individuel, qui est actuellement le référentiel d'action dominant chez les professions de santé, n'est plus pertinent à ce stade. Le travail en réseau propose un autre référentiel d'action plus proche d'un programme de santé publique.

L'ancrage territorial joue aussi un rôle majeur dans le développement du réseau. Le professionnel connaît les ressources de son territoire et son réseau relationnel existe déjà. Implicitement, le réseau aura le projet de dépasser une dimension exclusivement médicale de la santé<sup>28</sup>.

La réussite d'un réseau régional suppose l'élaboration d'une nouvelle organisation du travail. Les trois aspects indispensables seront : **la coordination des professionnels, les systèmes d'information<sup>29</sup> et les dispositifs de gestion<sup>30</sup>**.

---

<sup>25</sup> Freidson E, Professional dominance. New York: Atherton Press, 1970

<sup>26</sup> D'Amour D, Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions ?, Ruptures, 8, 136-145, 2001

<sup>27</sup> D'Amour D, Sicotte C, Lévy R, L'action collective au sein des équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sciences sociales et Santé, 17(3),67-94,1999.

<sup>28</sup> Schweyer FX, Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence, Liens social et Politiques, 52, 35-46, 2004 ;

<sup>29</sup> Le projet genevois de la fondation IRIS ( Réseau Communautaire Informatique Médicale) permettra de développer des outils de communication ainsi qu'un dossier médical partageable ;

<sup>30</sup> Dodier N, Recomposition de la médecine dans ses rapports avec la science. Les leçons du Sida, Santé Publique et sciences sociales, 8-9, 37-51, 2002 ;

**Changements prévus dans le domaine de la santé :** éléments qui influenceront directement les pratiques et les manières de soigner (1).

**Changements relatifs aux patients :**

Comme la médecine et les technologies ne cessent de progresser, le nombre de patients de tout âge aux prises avec des problèmes de santé complexes connaîtra une hausse constante. Le nombre de personnes âgées qui nécessiteront proportionnellement plus de services de santé augmentera tout particulièrement au sein de la communauté. Le système de soins ambulatoire devra consacrer une plus grande part des services de santé à ces personnes. Les patients hospitalisés seront gravement atteints et nécessiteront des soins médicaux ultraspécialisés. Les séjours hospitaliers seront de plus courte durée. L'évolution marquée des modèles familiaux ainsi que la prévalence élevée de problèmes sociaux lourds tels que la pauvreté et le chômage continueront d'influer sur la santé de la population au sens large.

**Evolution du rôle des professionnels :**

Le nombre et le rôle des professionnels de la santé vont subir des changements(2). Par exemple, il y aura moins de médecins en vertu de la politique de l'Etat, de la féminisation de la profession et du désintérêt des étudiants pour la médecine de premier recours. Par conséquent, on assistera à une redéfinition du rôle des acteurs. En outre certains actes médicaux seront attribués à des professionnels de la santé non médecins. De nouvelles catégories seront éventuellement créées et les rôles se chevaucheront. En raison de la diminution constante du nombre de lits dans les hôpitaux, d'avantage de services seront assurés en ambulatoire ; dans la communauté, on retrouvera des patients souffrant de maladies plus graves et les professionnels devront être en mesure de traiter des problèmes de santé plus complexes ; ils seront rattachés à une équipe interdisciplinaire et devront se familiariser avec des organisation de soins fonctionnant en réseaux de services ou dans des organisations intégrées (HMO). Enfin, en raison de l'impact des questions sociales sur la santé et l'importance de la prévention, les professionnels joueront un rôle plus important en matière de sensibilisation de la population.

**Evolution du système :**

Le virage ambulatoire se poursuivra et davantage de service seront assurés en milieu communautaire. Les assureurs maladie interviendront de plus en plus dans les choix de prise en charge en fonction de raisonnement économique. Certains économistes estiment que le système de santé helvétique sera dominé par une dizaine de grande HMO en concurrence (2). Les grands outils du « Managed Care » seront implantés pour la prise en charge les patients. La transition entre le système hospitalier et la communauté devra être effectué de manière à assurer la continuité des soins et des services et devra placer au premier plan les besoins des patients et des familles. Il y aura de moins en moins de médecins travaillant « solo » en cabinet, ces derniers se regrouperont régionalement. Les ressources pédagogiques devront être également investies dans la formation de la médecine ambulatoire.

(1)Centre Universitaire de McGill, XXIeme siècle : une nouvelle façon d'envisager les soins de santé, 1997

(2) Elwyn G, Arriving at the postmodern medical consultation, PrimaryCare 12, 287-291, 2005

(3)Domenighetti G, Grandeur et misère des systèmes universels de santé, BMS, 86, (4), 2005

## Un projet Ville-hôpital

A plusieurs reprises nous avons souligné l'importance de développer une véritable collaboration entre les institutions privées et publiques.

Jusqu'à ce jour, il était admis que les soins ambulatoires appartenaient à la médecine de ville et la prise en charge hospitalière au secteur public. Dorénavant, en raison des défis imposés à notre système de soins, il n'est plus possible d'avoir une vision basée uniquement sur ce concept désuet.

Il s'agit bien d'envisager le développement d'une coopération et d'une coordination entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Le présent projet sera un espace pilote pour élaborer un véritable réseau Ville-hôpital, notamment dans le domaine de la formation en médecine ambulatoire, ceci pour répondre aux exigences des nouvelles normes d'accréditations. Par ailleurs, l'enseignement actuel des soins ambulatoires au sein des hôpitaux ne correspond pas à la réalité d'une pratique privée de ville.

Aujourd'hui, tant la médecine de ville, que le monde hospitalier, redoutent leur mise sous tutelle par les caisses d'assurance maladie qui, en fonction des changements législatifs en cours (fin de l'obligation de contracter, financement moniste), leur imposeront des contrats sélectifs et concurrentiels.

Ces deux versants de l'activité médicale ont intérêt à développer des stratégies communes et démontrer leur efficacité en terme d'organisation et de gestion des budgets.

L'hôpital universitaire gardera son expertise pluridisciplinaire quoiqu'il en soit par le foisonnement d'idées qu'il génère grâce au renouvellement des étudiants et à la stabilité de son organisation. De plus ces performances techniques élevées lui assurent l'exclusivité de la gestion de bon nombre de pathologies.

Un leadership hospitalier performant ne désavantage pas le secteur privé. Au contraire, il entraîne ans son sillage une interaction riche et attractive avec la médecine de ville.

## Conclusion

Ce projet est, de fait, une dynamique d'acteurs, un espace de créativité institutionnelle où peuvent se renégocier les rôles de chacun et s'inventer des solutions nouvelles. Nous souhaitons qu'il soit un lieu d'expérimentation sociale au sens plein du terme.

Actuellement, le système de santé semble s'épuiser et peine à contrôler aussi bien la formation des praticiens, la trajectoire des patients, que les coûts et la qualité des soins.

Cité Générations et Espace Santé réussira son pari s'il devient :

- une organisation qui réponde à la fois aux besoins des individus et à ceux d'une population à toutes les étapes de la vie ;
- une organisation qui vise à la fois la promotion de la santé et la prévention de la maladie ;
- une organisation qui permette d'être plus en adéquation avec la trajectoire de soins des personnes en perte d'autonomie et centrée sur les résultats à atteindre plutôt que la protection des « silos » professionnels, institutionnels, budgétaires ou syndicaux ;
- une organisation qui donne la primauté de la responsabilité aux cliniciens de terrain ainsi que la responsabilité régionale de l'organisation des soins aux communes ;
- une organisation qui considère les services de première ligne comme une assise du système de santé ;
- une organisation qui recherche la complémentarité entre les différents acteurs locaux et les établissements publics ;
- une organisation capable d'innover, d'évaluer et de développer la qualité des soins.

# Annexe 1

## **Projet de Réseau Régional de Soins et des Services pour les personnes en perte d'autonomie d'Onex, Bernex et de la Champagne**

### **Préambule :**

La dispensation des soins et des services dont les personnes fragilisées ont besoin se caractérise actuellement par la fragmentation et le manque de coordination des différents intervenants. Les causes en sont multiples : champs de pratique, représentations professionnels, allocation des ressources et mode de rémunération, méconnaissance des soins et des services disponibles régionalement . Les effets de cette fragmentation sont relativement bien connus et décrits dans plusieurs études :

- le peu d'adéquation entre les besoins des personnes et les services
- des durées de séjours inadéquates et des lieux d'hospitalisation inappropriés
- une utilisation non optimale des ressources
- une méconnaissance des rôles des différents partenaires du réseau

Sensible à cette réalité, le présent document s'intéresse particulièrement à la prise en charge des personnes fragilisées et en perte d'autonomie dans un cadre régional. Il se propose de mettre en œuvre un projet de complémentarité des soins et des services disponibles localement.

Ce projet devrait permettre de fournir à cette population des soins et des services de santé les plus appropriés en validant un modèle organisationnel intégré en vue d'une meilleure complémentarité locale des partenaires socio sanitaire gravitant autour de la personne handicapée ou fragile.

Par ailleurs, différentes démarches au niveau cantonal viennent appuyer ce projet :

- la mise en place d'un programme de planification sanitaire qualitative ;
- la volonté politique de voir se réaliser un réseau communautaire d'information médicale (IRIS) ;
- la mise sur pied d'un guichet socio sanitaire unique d'accès aux services au niveau des CASS ;
- la consolidation du programme de maintien à domicile ;
- les recommandations des différentes commissions et groupes d'experts

Le projet de complémentarité des soins et des services pour les personnes en perte d'autonomie de la région Onex et Champagne veut se définir comme l'organisation qui regroupe l'ensemble des soins dispensés aux populations cibles et qui permet une complémentarité des secteurs sanitaire et social et des secteurs de la médecine "privée" et "publique".

Dans ce cadre, les objectifs du Réseau sont :

- retarder au maximum la progression de la dépendance (prévention de la dépendance) ;
- maintenir à domicile le plus grand nombre de personnes dépendantes, le plus longtemps possible et dans des conditions optimales, tout en maîtrisant les coûts ;
- préparer les conditions futures d'une prise en charge organisationnelle (et financière) globale de la dépendance ;
- imaginer des prises en charge différenciées entre « soins à domicile » et « institution »
- identifier les rôles des différents éléments constitutifs du réseau
- amélioration de la satisfaction des bénéficiaires, des proches et des professionnels

### **Les objectifs organisationnels du Réseau**

1. Besoins de complémentarité et la responsabilité clinique de la trajectoire de la personne en perte d'autonomie :

L'existence d'une fragmentation dans la dispensation des soins est un constat évoqué dans divers documents et études locales ainsi que lors des interviews de différents acteurs du terrain. Le besoin de coordonner les efforts de tous les intervenants gravitant auprès de la personne dépendante et fragile est reconnu à l'unanimité : « sur le terrain il existe des difficultés de coordination et de coopération qui induit l'épuisement des équipes »

A partir de situations concrètes, il serait sans aucun doute possible de relever les « discontinuités » de prise en charge ainsi que les causes de rupture de soins et de transfert à la DUMC.

2. Populations cibles

Les populations cibles les plus fragiles sont la personne âgée en perte d'autonomie ainsi que les situations psychosociales difficiles et complexes. Les autres populations cibles évoquées sont les personnes handicapées physiquement et psychologiquement, les personnes en « fin de vie ».

Reste à définir comment identifier ces populations cibles.

Indicateur ? Enquête de recensement ? Enquête auprès des professionnels ? Système de mesure de l'autonomie ou de la dépendance ? Heures de soins ou nombre de services requis ?

La FSASD des régions d'Onex et de la Champagne ont dressé dans un premier temps la liste d'une centaine de patients nécessitant un certain nombre de prestations à domicile. Cette population pourrait être une première population cible « test ».

### 3. Information sur les populations cibles

Il sera nécessaire d'obtenir des informations plus précises sur :

- les données sociodémographiques (enquête sur l'évolution des fractures de hanche dans le canton de Genève). Population psychiatrique : collaboration avec le département de psychiatrie, ou encore patient handicapé (statistique de Loëx)
- les besoins des clients : actuellement absence d'outils permettant d'évaluer les besoins de la population. Les budgets et les dotations de personnels sont élaborés sur la base de budget historique.
- les services offerts : inventaire à effectuer sur le territoire défini
- les ressources utilisées : demande de statistiques FSASD
- le cheminement des patients (durées séjours, entrées, sorties).
- les résultats

### 4. Composition de l'équipe dispensateur de soins.

Le médecin traitant est actuellement le professionnel en charge des personnes âgées de son quartier en collaboration avec les équipes de la FSASD. Toutefois, il se pose un certain nombre de problèmes au sein de ce tandem : disponibilité en cas d'urgence, suivi de la trajectoire du patient lors d'une hospitalisation, transmission de l'information, prise en charge complexe ou sociale, etc.

Pour fonctionner de manière optimale, ce tandem devrait pouvoir assumer :

- la continuité des soins et prendre des décisions rapidement
- la transmission de l'information entre les différents intervenants
- une intervention rapide dans la prise en charge des populations cibles
- une liaison entre la première et la deuxième voir la troisième ligne
- une responsabilité clinique pour la trajectoire du patient
- une évaluation de la population prise en charge en terme de besoins et de prévention

Ce projet se propose d'introduire un lien formel entre une infirmière (équipe) de la FSASD et médecin traitant (type relation contractuelle). Cette équipe de première ligne pourrait être assistée d'un « gestionnaire » de cas (médecin ou infirmière) dont le rôle permettrait de réaliser le suivi de la trajectoire du patient lors des situations complexes et de crises. Cette manière de faire permettrait de faciliter la « vie » de l'équipe de première ligne (médecin traitant + équipe FSASD). Il s'agirait d'un co-management.

### 5- Démarcation géographique du Réseau :

Région de la Champagne et d'Onex à titre expérimental

### 6-Financement

Selon les modes de financement habituel (paiement par les assurances sociales et les budgets alloués aux différents services) ainsi qu'un budget ad hoc pour le gestionnaire de cas. A terme un projet de financement du réseau pourrait être introduit.



#### 7-Fonctionnement administratif et informatique :

Pour un partage rapide de l'information, un réseau informatique performant devrait être mis à disposition. IRIS pourrait offrir un certain nombre de prestations permettant de remplir ces conditions.

#### 8-Calendrier :

Afin de connaître les objectifs du réseau et d'établir une première prise de contact entre les professionnels oeuvrant dans la région, des rencontres ont eu lieu entre les médecins généralistes, les infirmières de la FSASD, les responsables de l'hôpital de Loëx, de la policlinique de gériatrie, du service social d'Onex et de la fondation Butini.

Ce groupe de coordination se propose de discuter d'une vingtaine de situations concrètes posant des problèmes de coordinations des soins et des services. Ces vingt situations seraient extraites de la liste de la population cible citée précédemment.

#### Hypothèse de travail :

Une réunion entre les médecins et les équipes concernés de la FSASD permettrait de mettre en évidence, de manière concrète les problèmes de coordination et de coopération. Cette démarche permettrait également de définir des stratégies de prise en charge plus adéquates et de voir si le modèle organisationnel proposé dans ce texte permet de résoudre les items énoncés.

Groupe de travail : Mmes Suzanne Gubler, Corinne Guillo, Florence Moine, Catherine Zumwald, M. Luigi Colombo, Drs Pierre Conne, Philippe Schaller, C-H Rapin, Boumenjel, Brinkley.