

CITÉ GÉNÉRATIONS ESPACE SANTÉ

Une structure au c?ur d'un réseau de soins coordonné et territorialisé pour les personnes âgées en perte d'autonomie

Philippe Schaller et Carole Chichignoud

Fond. Nationale de Gérontologie | *Gérontologie et société*

2008/1 - n° 124
pages 129 à 146

ISSN 0151-0193

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2008-1-page-129.htm>

Pour citer cet article :

Schaller Philippe et Chichignoud Carole , « Cité générations espace santé » Une structure au c?ur d'un réseau de soins coordonné et territorialisé pour les personnes âgées en perte d'autonomie, *Gérontologie et société*, 2008/1 n° 124, p. 129-146.

Distribution électronique Cairn.info pour Fond. Nationale de Gérontologie.

© Fond. Nationale de Gérontologie. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



CITÉ GÉNÉRATIONS ESPACE SANTÉ

*Une structure au cœur d'un réseau de soins coordonné et territorialisé
pour les personnes âgées en perte d'autonomie*

PHILIPPE SCHALLER * & CAROLE CHICHIGNOUD **

* MD, M.SC GROUPE MÉDICAL ONEX (SUISSE), RÉSEAU DE SOINS DELTA

** DOCTORANTE, DÉPARTEMENT DE GÉOGRAPHIE, UNIVERSITÉ DE GENÈVE (SUISSE)

L'article a pour objectif de présenter le projet Cité Générations Espace Santé, développé dans le canton de Genève, en Suisse. Ce projet vise à améliorer l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Pour ce faire, outre la construction d'un centre de 8 000 m², Cité Générations Espace Santé poursuit trois objectifs :

- assurer le rôle d'une structure intermédiaire;*
- jouer le rôle de pivot au sein d'un réseau d'acteurs issus de la médecine de ville comme de la médecine spécialisée et hospitalière;*
- constituer enfin un pivot régional pour le système de santé, en se plaçant au cœur d'un réseau territorialisé.*

L'ensemble du projet est conçu comme un lieu d'expérimentation sociale au sens plein du terme.

CITÉ GÉNÉRATIONS ESPACE SANTÉ: A FACILITY AT THE HEART OF A LOCAL INTEGRATED SERVICES DELIVERY NETWORK FOR OLDER PEOPLE WHO ARE LOSING THEIR AUTONOMY

The article presents the above-mentioned project, which has been developed in the Canton of Geneva in Switzerland. The project aims at greater efficiency in the caring of older people losing their autonomy.

In order to achieve this, apart from the construction of an 8,000 m² centre, Cité Générations Espace Santé has three goals:

- to constitute an intermediate facility;
- to play the leading role within a network of actors stemming from general health care as well as specialised and hospital health care;
- to become the territorial network axle around which the health system would revolve;

The overall project has been conceived as a social experimentation site in the true sense of the term.

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 aux personnes en perte d'autonomie. Aujourd'hui, le système de santé de ce canton s'inscrit dans un système plus large¹ qui donne de bons résultats (OCDE, 2006) ; parallèlement, le canton développe une politique de santé qui se veut novatrice, en étant tournée vers « l'amélioration de la santé de la population et non la seule restructuration des services de soins » (OFSP, 2006, p. 55). Mais de nouveaux problèmes émergent, obligeant à reconsidérer le fonctionnement en place. La population genevoise vieillit à un rythme accéléré et la société, dans son ensemble, subit des transformations socio-économiques considérables (Office cantonal de la statistique, 1999). Même si les services d'aide et de soins à domicile se sont fortement déployés ces dernières années et que le programme de construction de nouveaux établissements médico-sociaux² (EMS) a repris, le dispositif socio-sanitaire doit faire face à des problématiques diversifiées et grandissantes (maladies chroniques, épisodes de maladies aiguës, incapacités fonctionnelles, déficits cognitifs) (Hermann, 1997). Dans cette optique, de nombreux observateurs soulignent que le système de santé genevois souffre de certaines faiblesses (ORES, 2004 ; Schaller, 2003) :

1. En Suisse, chaque canton dispose de prérogatives importantes dans le domaine de la santé, même si l'instance fédérale assure un cadre général, valable pour l'ensemble du pays.

2. EMS ou Etablissement Médico-Social: terme Suisse pour désigner une maison de retraite médicalisée.

3. Financement par institution par exemple l'hôpital, les soins à domicile, les médecins libéraux... Si bien que chaque catégorie travaille dans un espace, cherche à trouver plus de ressources mais sans collaboration avec un autre secteur. Ces modes de financement ne poussent pas les acteurs à aller chercher des collaborations ou à transférer les soins vers d'autres organismes en partenariat de peur de perdre des subventions ou des recettes.

● **L'articulation entre les différentes structures de soins est d'une part insuffisante** (hôpital universitaire, soins à domicile, hébergement de longue durée, médecine de ville). L'architecture organisationnelle des soins primaires est restée très éclatée voire artisanale, notamment en raison d'une structure de financement en « silo »³ : chaque secteur gère son budget, ce qui ne facilite pas la concertation avec d'autres secteurs qui seraient pourtant complémentaires. Les modes de rémunération des médecins généralistes, de même que leur pratique en « solo », ne favorisent par exemple pas leur implication dans des réseaux de soins coordonnés associant soins primaires et médecine spécialisée (Grol & Grimshar, 2003). Les autres acteurs du système de santé sont eux fortement institutionnalisés ; mais ils ne peuvent répondre seuls aux nouveaux enjeux du système de santé ;

● **Il existe d'autre part une carence en structures d'hébergement dites « intermédiaires »**. Tandis que certains pays affichent une volonté politique forte de développer de telles constructions, le Canton de Genève a peu développé son offre dans ce domaine.

Pourtant, le déploiement de ces hébergements et des prestations associées (parmi lesquelles l'existence de lits de crises et de courts séjours), rendrait plus efficace les interventions du réseau de soins primaires (Antares Consulting, 2007).

Dans ce contexte, Cité Générations Espace Santé est un projet qui se veut innovant en poursuivant trois objectifs :

- assurer d'une part le rôle d'une structure intermédiaire, au cœur d'un réseau d'acteurs de premiers recours ;
- jouer d'autre part un rôle de pivot au sein d'un réseau plus large, qui allie médecine de ville et médecine spécialisée (hôpital universitaire, spécialistes). Cette coordination assurerait une plus grande cohérence des trajectoires de soins des personnes en perte d'autonomie et devrait ainsi permettre d'éviter des hospitalisations et des institutionnalisations inappropriées (Rutschmann, 2003) ;
- constituer enfin un pivot régional pour le système de santé. La notion de réseau territorialisé axé sur la coordination des pratiques des institutions et des professionnels, n'a pas été suffisamment explorée et valorisée. Ce type de réseau territorial pourrait être à l'origine d'amélioration de la qualité de la prise en charge ; il pourrait également permettre d'en réduire les coûts (Beland *et al.*, 2006/b ; Bodenheimer, 2006 ; Starfield *et al.*, 2005 ; Finsterwald & Schaller, 2004).

L'objectif de cet article est de décrire le projet Cité Générations Espace Santé et de montrer de quelle manière le déploiement d'un réseau territorialisé et coordonné de soins primaires, peut modifier l'organisation des services et la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce modèle devrait être prochainement validé par le département de l'économie et de la santé comme projet pilote pour le canton de Genève. Une autorisation en vue de l'obtention d'un permis de construire est en attente, les contrats/mandats de collaboration sont validés oralement, un travail de rédaction formel est en cours d'élaboration. Ce projet sera financé, en partie, par une réallocation des ressources existantes.

DESCRIPTION DU PROJET

Cité Générations Espace Santé est un projet à l'initiative d'un Groupe Médical indépendant (<gmo.ch>) qui associe une cinquantaine de médecins en pratique libérale, médecins fortement impliqués dans la formation ambulatoire.

Ce projet comprend, entre autre, la construction d'un **centre inter-générationnel et plurifonctionnel**. Situé au cœur d'une région d'environ 60 000 habitants, en périphérie du canton de Genève, le bâtiment aura une surface de 8 000 m². S'appuyant sur les expériences menées au Québec et ailleurs dans le monde (Hébert & Veil, 2004), ce centre valorisera l'intégration des soins, en développant la gestion de cas, les équipes multidisciplinaires, l'application de protocole de soins et de services. En synthèse, ce bâtiment regroupera donc :

- un centre de soins primaires ouvert 24h/24h doté d'une technologie ambulatoire performante (imagerie médicale, laboratoire, chirurgie ambulatoire, cabinets médicaux spécialisés) ;
- un lieu d'exercice professionnel mixte (privé et public)⁴ et interdisciplinaire (médical et social, médecins traitants et services d'aide et de soins à domicile, autres professions soignantes) ;
- un lieu d'hébergement de courts séjours (lits de crise, unité d'accueil temporaire) ;
- plusieurs types de structures intermédiaires dont deux appartements médicalisés ;
- un système d'information commun avec un dossier patient partageable ;
- un enseignement de la pratique ambulatoire conforme aux nouvelles normes d'accréditations.

Afin d'être un lieu de vie à part entière, d'autres services seront proposés, notamment une crèche, un restaurant (de type cafétéria) et un centre de « bien-être » proposant un pôle de médecine « douce » et un bassin thérapeutique.

Cité Générations Espace Santé souhaite néanmoins être plus qu'une simple structure : il lui importe de se placer au **cœur d'un réseau de services de soins primaires**. Le « leadership » du projet sera donc assuré par un réseau comprenant le Groupe Médical d'Onex (GMO), l'Association des Médecins du Canton de Genève (AMG), la Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile (FSASD) et le service de médecine de premier recours et de médecine communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Ce réseau assumera une prise en charge coordonnée à long terme des patients fragiles, qui devrait permettre :

- d'anticiper les situations de crise en identifiant préalablement les personnes âgées vulnérables susceptibles de poser des problèmes biopsychosociaux complexes ;

4. Groupe Médical d'Onex et Hôpitaux Universitaires de Genève.

-
- d'évaluer le plus complètement possible les besoins et solutions disponibles ;
 - au final, de proposer aux personnes âgées, à leur entourage et à leur médecin traitant les interventions et les orientations les plus pertinentes.

Sans être une réponse définitive, Cité Générations veut donc être à ce stade 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 » (Godet, 1977).

L'INTÉRÊT D'UNE STRUCTURE INTERMÉDIAIRE

Dans l'absolu, l'expression « structure intermédiaire » renvoie de manière assez large à une situation d'entre-deux. Dans le langage courant, cette fonction transitoire n'est envisagée que du point de vue du lieu de domicile de la personne prise en charge. Le terme de structure intermédiaire est alors associé à un ensemble d'hébergements temporaires de petite taille (foyer de jours, hébergements encadrés, lits de répit, etc...) qui constituent un passage, une étape entre un domicile initial (chez soi) et un domicile final (l'institution, c'est-à-dire l'EMS ou l'hôpital). Ce mode de catégorisation est néanmoins caduc dans le contexte genevois (DGCASS, 2007) : en effet, certaines structures qui remplissent des fonctions de structures intermédiaires hébergent leurs patients, d'autres non. Par ailleurs, les EMS, quels que soient les soins et les services qu'elles prodiguent, obligent leur patient à établir domicile chez elles.

Le rapport sur les structures intermédiaires du Canton de Genève⁵, met donc en avant la notion de « prestations intermédiaires », en précisant que « ces prestations peuvent être délivrées dans le cadre de structures d'accueil ou d'hébergement regroupés afin de favoriser la mise à disposition la plus efficiente possible » (DGCASS, 2007, p. 2). Tel est bien l'esprit dans lequel s'inscrit le projet Cité Générations Espace Santé. Il ne s'agit pas de créer une institution pour elle-même, quand bien même il a été constaté que le nombre de « structures intermédiaires » était insuffisant dans le canton de Genève par rapport aux besoins (DGCASS, 2007, p. 5).

5. Mandaté par l'Etat de Genève.

Il s'agit de regrouper dans une structure une offre de prestations qui « permettent de répondre de manière progressive aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches, tout en minimisant les changements de domicile, en les anticipant et en les facilitant le cas échéant » (DGCASS, 2007, p. 2). Il s'agit donc de fournir des prestations sanitaires bien sûr, mais aussi des prestations sociales, administratives, d'animation, d'hébergement temporaire, de sécurité, d'aide aux proches aidants, etc... L'idée est de sortir véritablement d'une logique verticale et institutionnelle, pour favoriser une logique de suivi des besoins des personnes âgées.

LA NOTION DE RÉSEAU COORDONNÉ À ORIENTATION THÉRAPEUTIQUE

LE SUIVI DES BESOINS D'UN PATIENT NE PEUT FAIRE L'ÉCONOMIE D'UNE COORDINATION SOLIDE

L'examen de la littérature internationale montre que les soins aux personnes âgées fragiles polymorbides sont souvent caractérisés par une fragmentation qui amène à des hospitalisations inappropriées et une institutionnalisation prématurée. De ce fait, il y a un intérêt croissant pour les systèmes de santé à chercher à mieux intégrer les services pour améliorer l'état de santé, la satisfaction et l'utilisation des ressources. Les projets de démonstration des Bois-Franc (Tourigny *et al.*, 2004) et de PRISMA (Hébert & Veil, 2004) au Québec, et les programmes On Lok (Bondenheimer, 1999), PACE (Mui, 2001) et S/HMO (Leutz, 1992) aux États-Unis, ont tenté de démontrer leur capacité d'améliorer la santé des personnes âgées fragiles sans augmenter les coûts de prise en charge. Cela est possible en modifiant la configuration et l'utilisation des services, notamment en transférant des responsabilités institutionnelles vers les services de proximité. Une étude randomisée canadienne, SIPA (services intégrés pour les personnes âgées fragiles) (Béland *et al.*, 2006a/b) a montré qu'une approche coordonnée à responsabilité communautaire a le potentiel de diminuer les hospitalisations et les admissions dans les établissements d'hébergement de longue durée sans augmenter les coûts.

En 2003, une étude a été menée au Service d'Accueil et d'Urgence des Hôpitaux Universitaires Genevois (Rutschmann, 2003). Elle

s'intéressait aux 255 patients consultant au service d'urgence sur une durée de 3 mois (environ un millier de patients/an) pour le motif « soins impossibles à domicile ». Ces patients étaient âgés (en moyenne 79 ans). 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 en outre :

- qu'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 de première ligne pourrait éviter des hospitalisations ou de mieux les diriger dans le système de soins ;
- qu'une hospitalisation aurait pu être évitée et les soins donnés dans des lieux de soins nécessitant de moindres ressources pour 33 à 40 % ;
- qu'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 ;
- que, 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 de première ligne entourant le patient.

Que ce soit dans le domaine des structures intermédiaires ou de manière plus globale, la **prise en charge des personnes âgées du canton de Genève se décline sous la forme d'un paysage fragmenté**, ce qui réduit son efficacité, pour ne pas dire son efficacité (figure 1).

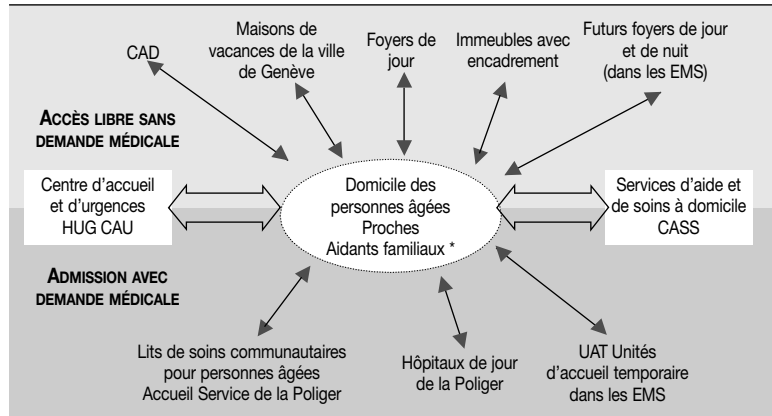
Un des **objectifs de Cité Générations Espace Santé** est donc de permettre une coopération volontaire de l'ensemble des acteurs de terrain, publics et privés ; il s'agirait ici d'encourager et de développer le travail multidisciplinaire tout en assurant un rôle de « pivot » pour maximiser l'efficacité de la coordination. Cité Générations Espace Santé envisage ainsi d'assumer plusieurs missions, par exemple :

- coordonner les soins de premier recours au niveau régional ;
- développer des outils de communication performants ;

Figure 1

Le paysage de la prise en charge des personnes âgées dans le canton de Genève

CAD : Centre d'animation pour retraités ;
 HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève ;
 CASS : Centre d'Action Social et de Santé ;
 Poliger : Polyclinique de Gériatrie (rattachée aux HUG).



* Un manque de structure d'information, d'orientation et de coordination pour permettre que la bonne personne soit au bon endroit, au bon moment, est patent. Aucun des structures présentées ici n'a de pouvoir décisionnel pour décider de la bonne orientation des personnes âgées. C'est souvent le médecin privé qui joue ce rôle ou le service social de chaque structure. Chaque démarche est longue et parfois compliquée.

Source : ORES, 2004, p. 12.

- organiser les prises en charges selon des programmes de soins (diabète, ostéoporose et chute, insuffisance cardiaque...);
- valoriser les outils permettant d'évaluer les fragilités des personnes âgées et les prévenir;
- contribuer au développement de l'enseignement et de la recherche en médecine ambulatoire.

Ces mesures devraient permettre d'améliorer la **satisfaction des patients et de leurs proches** en leur proposant un suivi qui soit réellement au plus près de leurs besoins. L'objectif est de ralentir le déclin fonctionnel des personnes en perte d'autonomie et d'améliorer leur qualité de vie. Ce dernier point n'est pour autant pas contradictoire avec un objectif de **maîtrise des coûts** totaux des prises en charge :

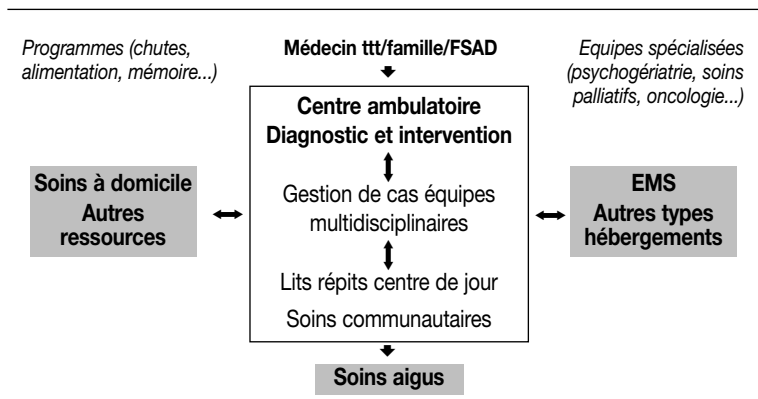
- en effet, en assumant une responsabilité globale vis-à-vis de la population soignée, le système devrait être enclin à penser en terme holistique, cherchant à corréliser efficacité économique, sanitaire, sociale et qualité de vie;
- en réduisant ou évitant des hospitalisations à répétition et/ou une entrée prématurée en établissement longue durée, cette organisation devrait permettre de satisfaire les patients tout en diminuant les dépenses globales;
- ce système devrait enfin permettre le décès à domicile si le patient le souhaite.

L'ensemble de ces mesures devrait parallèlement améliorer la **satisfaction des professionnels** (formation, meilleures conditions de travail, valorisation de la contribution à l'effort collectif). Malgré les avantages escomptés, l'expérience montre que le principal obstacle à l'implantation de ce type de modèle vient souvent de la difficulté à associer les médecins généralistes au projet (Vedel *et al.*, 2007). D'autres acteurs peuvent quant à eux exprimer aussi les mêmes inquiétudes : conserveront-ils ou non certaines prérogatives auxquelles ils sont attachés ? La coordination n'entraînera-t-elle pas un supplément de travail (pour tous, mais pour eux en particulier) ? Leur travail sera-t-il reconnu et valorisé à sa juste place ? Pour dissoudre ces réticences, l'originalité de Cité Générations Espace Santé est de s'appuyer sur un réseau de soins primaires déjà existant. De plus, les initiateurs du projet cherchent depuis le départ à valoriser une dynamique de « réseau » de type « managérial » (mandats en cours), articulée autour de :

- la collégialité des décisions ;
- la responsabilité des acteurs à tous les niveaux ;
- une gestion basée sur l'évaluation de l'activité et des coûts ;
- une allocation budgétaire en fonction des résultats ;
- une communication claire et une gestion transparente, un respect de l'autonomie des institutions ;
- une politique volontariste concernant la formation, l'enseignement et la recherche.

Au final, le modèle de fonctionnement de Cité Générations Espace Santé pourrait être le suivant (Figure 2) :

Figure 2
Pour un réseau coordonné à orientation thérapeutique :
le modèle proposé pour Cité Générations Espace Santé



Source : ORES, 2004, p. 12.

Cité Générations Espace Santé servira au niveau régional de porte d'entrée unique avec une responsabilité clinique de la première ligne. La forme organisationnelle de type « réseau » doit permettre d'intégrer et de coordonner les soins de santé et les services sociaux sans ressource additionnelle. Par contre, cela impliquera le développement d'outils tel que la gestion de cas, les plans de services individualisés, un système de garde 24h/24h ainsi qu'un dossier médical informatique commun.

Ce projet s'inscrit dans un contexte, où, à l'échelle genevoise comme à l'échelle suisse, les réseaux sont à l'ordre du jour. Pour autant, sur le plan national, les réseaux à orientation thérapeutique ne sont pas forcément ceux qui correspondent aux aspirations dominantes. En effet, La LAMal⁶ a institué en 1996 les bases légales pour des formes d'assurance particulières; ce sont ces formes d'assurance qui ont ouvert la porte aux premières réalisations de type HMO (Health Maintenance Organization). Cependant, dans la continuité logique du mouvement qu'ils ont initié, les assureurs aimeraient à présent que les réseaux se développent, mais sous leurs tutelles, c'est-à-dire gérés progressivement par quatre ou cinq grandes assurances dans le pays. Leur lutte pour obtenir la suppression de l'obligation⁷ de contracter va dans ce sens. Reste à savoir ce que les citoyens et les autres partenaires du système de santé souhaitent de leur côté: des réseaux de soins coordonnés en tant que forme d'assurance? Ou des réseaux de soins coordonnés à orientation thérapeutique? Il va sans dire que notre projet tant ostensiblement vers la deuxième proposition. Pour autant, elle n'exclue pas le dialogue avec les assureurs, bien au contraire: elle les considère comme des acteurs qui, comme les autres, doivent pouvoir gagner leur vie en étant au service des patients.

En synthèse, Cité Générations Espace Santé est conçue comme une structure intermédiaire à deux titres:

- d'une part en regroupant dans une structure une offre de « prestations intermédiaires ». Le recours au centre peut alors être envisagé comme une étape dans l'itinéraire thérapeutique (entre aucune prise en charge et une prise en charge intégrale);
- d'autre part en jouant le rôle d'intermédiaire entre des acteurs de cultures souvent différentes (public, privé; patients, aidants, personnel soignant et médical, administration, institutions, assureurs).

6. Loi sur l'Assurance Maladie. Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, elle oblige tous les habitants de Suisse à posséder une couverture médicale de base.

7. Actuellement, dès lors que l'installation d'un médecin est validée par les autorités cantonales, les assureurs ont l'obligation contractuelle de rembourser leurs prestations. Les assureurs voudraient « supprimer l'obligation de contracter », c'est-à-dire, pouvoir choisir eux-mêmes les médecins dont ils rembourseraient les prestations.

Toutefois, l'ensemble ne fonctionnera totalement qu'en prenant en considération un dernier point, fondamental : le besoin que cette structure soit ancrée dans les territoires des acteurs (Schweyer, 2004), c'est-à-dire dans leurs espaces de vie quotidiens.

LA NOTION DE RÉSEAU TERRITORIALISÉ

Dans un souci d'efficacité, il est difficile de croire que le système de soins en général, et qu'une structure en particulier, puisse s'affranchir des considérations affectives et spatiales liées aux contextes de vie des personnes qu'il/elle cherche à prendre en charge. Une réflexion dans ce sens apparaît cruciale aux initiateurs du projet Cité Générations Espace Santé, quand bien même elle est rarement explicitée dans ces termes lorsqu'il est question de planification médicale à plus grande échelle.

Comme tout un chacun, les personnes âgées en perte d'autonomie possèdent des **habitudes, qui ont des traductions spatiales** : des habitudes en termes de recours aux soins, bien sûr, mais de manière plus large, des habitudes de vie, des habitudes sociales, etc. Ces habitudes possèdent un **rôle structurant** : elles constituent des *repères* temporels, spatiaux, sociaux et affectifs, dans leur vie quotidienne... Mais les personnes en perte d'autonomie présentent aussi souvent des **difficultés d'adaptation aux changements** : toute modification brutale de ces repères est susceptible d'entraîner une rupture en matière d'autonomie, rupture qui précède bien souvent une altération de l'état fonctionnel du patient. Malheureusement, l'exemple de la personne âgée hospitalisée suite à une chute est classique : si l'hospitalisation s'avère longue, il n'est pas rare qu'elle ne puisse plus jamais regagner son domicile.

Les comportements en général, les habitudes en particulier, fonctionnent sur la base d'une articulation complexe entre nécessités, valeurs et croyances. Cette articulation, parfois conflictuelle car mêlant des éléments contradictoires (Festinger, 1965), détermine de véritables systèmes de pensées qui possèdent leurs propres rationalités. On parlera de « rationalités contextuelles » (Lukes, 1986). La définition du terme « territoire » fait quant à elle débat en géographie : certains considèrent qu'il s'agit simplement d'un espace délimité administrativement ou politiquement, d'autres

qu'il s'agit d'un espace approprié matériellement ou symboliquement par une population donnée. Cette appropriation se fait à travers un système de valeurs, de croyances, bref, à travers la « rationalité contextuelle » collective développée par une population. On retiendra ici qu'un **territoire est un espace approprié, marqué, dans lequel s'exercent des codes, spatiaux, sociaux, etc.** La connaissance et la maîtrise de ces codes permet de se sentir en sécurité dans cet espace, voire « (bien) comme chez soi », ce que la langue allemande désigne par le terme « heimlich », inexistant en français. Dans la perspective du projet Cité Générations Espace Santé, **une unité territoriale** serait donc une unité spatiale en cohérence avec les comportements sociaux sanitaires et donc avec les comportements spatiaux d'un groupe auquel on reconnaît des caractéristiques communes. En d'autres termes, ce serait l'espace où ce groupe se sent à l'aise dans ces pratiques.

L'idée de mettre en évidence une unité territoriale pertinente pour conduire et évaluer les politiques de santé n'est pas nouvelle : la réflexion sur les « bassins de santé » va dans ce sens (Vigneron, 1999a/b ; République Française, 1999). Un bassin de santé est défini comme le cadre spatial de l'action du professionnel de santé, celui où réside « sa » population et les autres professionnels de santé avec lesquels il constitue un réseau (Vigneron, 1999a/b). Cette proposition a toutefois des limites : elle ne met en avant qu'une échelle territoriale (celle des bassins), et, dans la littérature, elle est centrée sur un acteur parmi tous ceux qui composent le système de santé, en l'occurrence l'hôpital (et ses professionnels), considéré comme le centre du système. Les bassins de santé sont donc d'abord et avant tout des territoires hospitaliers.

L'originalité de Cité Générations Espace Santé est de tenter au contraire de se placer à **la conjonction de plusieurs unités territoriales**, assurant ainsi un rôle de pivot entre elles. Il s'agit avant toute chose de créer une structure intégrée :

- **Dans les repères et les codes inhérents à la vie d'une population donnée.** Pour cela, il est nécessaire de se baser sur l'existant :
 - c'est pourquoi Cité Générations Espace Santé souhaite valoriser des réseaux de professionnels déjà existants, mettant en avant des partenaires sociaux-sanitaires et médicaux déjà connus et utilisés des habitants ;

– la structure sera également intégrée dans un quartier qui constitue une entité de vie géographique (Onex) ; inversement, elle participera à la vie de quartier. Monsieur Toutlemonde doit en effet pouvoir fréquenter la structure sans y être nécessairement admis : participation à une conférence d’information, ateliers avec la crèche, demande pour un soin de premier recours, accès à l’un des partenaires du réseau (par exemple prestataires de soins à domicile), séance de wellness...

● **Dans les repères et les pratiques d’une équipe médicale et soignante**, qu’elle appartienne au domaine privé comme au domaine public. Il s’agit de s’appuyer sur les modes de fonctionnement des équipes et des structures existantes pour valoriser leurs complémentarités, en respectant l’idée d’une participation volontaire des acteurs.

● **Dans les cadres géographique et administratif existants.** Le canton de Genève est actuellement divisé en 22 secteurs sociaux-sanitaires, doté chacun d’un CASS (Centres d’Action Social et de Santé)⁸. Onex constitue un de ces secteurs. A l’heure d’aujourd’hui, une réflexion est en cours pour tenter de regrouper ces secteurs en quatre grandes régions à l’intérieur du canton, afin de garantir une meilleure coordination entre tous les centres. L’idée n’est pas de supprimer les CASS, mais bien de construire un réseau territorial hiérarchisé, permettant de répondre au mieux au besoin de la population. Dans chaque région, il serait notamment question (ORES, 2004, p. 13) d’introduire un Centre d’Information, d’Orientation et de Coordination des trajectoires de soins des personnes âgées (CIOCO⁹) dont les objectifs coïncident étroitement avec ceux de Cité Générations Espace Santé. Notre projet pourrait donc constituer une expérience pilote pour tester les CIOCO et réfléchir à un nouveau découpage régional.

Cité Générations Espace Santé cherche donc à mettre en réseau plusieurs unités territoriales, pour s’inscrire pleinement dans une logique de réseau territorialisé. La combinaison entre les notions de « réseau » et de « territoire » laisse toutefois encore certains perplexes. Il existe en effet un vieux débat géographique qui tend à opposer les logiques d’organisation réticulaire (celle des réseaux) aux logiques surfaciques (territoriales), les unes et les autres étant considérées comme détachées respectivement l’une de l’autre. Cependant, une structure qui n’est pas ancrée dans un territoire est un carcan vide. Dans le domaine de l’aménagement du territoire,

8. « Ils regroupent et intègrent les différentes activités des services publics et privés d’aide sociale, d’aide et de soins à domicile. Chaque CASS est composé d’un service d’accueil et de trois unités qui offrent les prestations suivantes : aide pratique et soins à domicile (assurées par la Fondation des services d’aide et de soins à domicile - FSASD) ; action sociale individuelle (assurée par l’Hospice général) ; action sociale communautaire de proximité (assurée par les communes) ». (<http://etat.geneve.ch/dass/sit/e/dgcass/master-main.jsp>)

9. Le nom comme le projet n’a pas encore été arrêté.

les exemples sont nombreux (Musso dir., 2002). A l'inverse, un espace ne peut être structuré sans ... structure! Au final, au-delà d'une opposition stérile, il semble plus pertinent de considérer qu'il y a une « fabrication » des territoires par les réseaux (Girault, 2005 ; Vanier, 1995) et inversement. Ces deux éléments, territoires et réseaux, combinés sciemment sur un même espace, pourraient donner naissance à un espace fertile, que Christophe Quéva propose de nommer non sans humour « espace Terreau ¹⁰ » (Quéva, 2007, p. 388). En synthèse, Cité Générations Espace Santé souhaite donc à ce niveau aussi jouer pleinement le rôle de **structure « intermédiaire »**, « intermédiaire » ici **entre plusieurs unités territoriales**. A moyen ou à long terme, il n'est pas impossible que ce projet participe lui-même à la création d'une nouvelle unité territoriale dont la pratique délimitera les limites. Dans tous les cas, il est posé comme hypothèse¹¹ qu'une structure valorisant et s'inscrivant dans un réseau territorialisé (ou « espace Terreau ») permet une prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie plus efficiente¹² que celle permise par l'organisation actuelle dans le canton de Genève.

10. De Territoires (Terr-) et Réseaux (-eaux).

11. Cette hypothèse fait l'objet du travail de thèse de Carole Chichignoud, Université de Genève.

12. L'efficience est ici entendue au sens large : d'un point de vue économique, certes, mais aussi social, sanitaire, et sur le plan de la qualité de vie.

Cité Générations Espace Santé devrait démontrer que, grâce à l'intégration et à la coordination du réseau de soins primaires à un niveau régional ainsi qu'au déploiement de lieux de prise en charge nécessitant de moindres ressources (structures intermédiaires), **ce projet améliore la qualité des soins et est une solution économiquement plus avantageuse.**

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. 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 (Suter *et al.*, 2007).

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. L'orientation du système de soins actuel reste celle d'une organisation héritée largement d'un modèle biomédical à hiérarchie marquée (Mundiger, 2000 ; Godet, 1977 ; Clayton *et al.*, 1995). Pour répondre à des situations de soins complexes, l'intervention interdisciplinaire constitue cependant un modèle incontournable, spécialement en milieu communautaire. 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-DRG¹³), la pratique de ville est parallèlement amenée à se regrouper, à coopérer avec l'hôpital public. Ceci pourrait permettre d'éviter les multiplications d'offres de soins et surtout, d'élaborer des référentiels médicaux et de mettre en place un suivi pluridisciplinaire. Face aux exigences nouvelles, les différents acteurs vont non seulement avoir le souci, mais également l'obligation de collaborer.

Cité Générations Espace Santé apparaît donc comme un projet ambitieux. Pour autant, quelques éléments devraient assurer sa réussite. En effet, pensé comme un lieu d'expérimentation sociale au sens plein du terme, le projet :

- repose sur une dynamique d'acteurs et la mise en valeur du potentiel de chacun ;
- respecte le principe du volontariat ; il veut être un espace de créativité institutionnelle où peuvent se renégocier les rôles de chacun et s'inventer des solutions nouvelles ;
- s'implantera progressivement, ce qui permettra à l'ensemble des partenaires régionaux de faire l'apprentissage des règles, des modes de pilotage et de régulation qui fixeront les fondations d'un réseau de soins opérationnel.

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. Dans un contexte suisse favorable à des solutions innovantes, notamment l'intégration des soins selon les modèles des S/HMO¹⁴ implantés aux Etats-Unis ainsi que la mise en pratique des instruments de « Managed Care »¹⁵ (Finsterwald & Schaller, 2004 ; Schaller & Raetz, 2002 ; Perneger & Schaller, 1996), ce réseau

13. Les AP-DRG correspondent à un mode de financement de l'hôpital à la prestation c'est-à-dire par groupe homogène de patients souffrant de la même pathologie.

14. Les HMO peuvent être définies comme une « Organisation de gestions des soins assumant le financement et la prise en charge globale d'un groupe de patients. Les médecins sont fortement impliqués dans la gestion et acceptent souvent une responsabilité budgétaire ». Le « S » devant HMO explique que dans le système américain ces HMO sont des fondations ou autres organisations sans but lucratif. Le système aux USA a souvent dérivé et certaines de ces HMO étaient intéressées uniquement par des aspects financiers.

15. Pour information voir : - http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/managed_care_f.pdf

devrait potentiellement être porteur de transformations sociales. Il 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.

Au final Cité Générations Espace Santé devrait 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. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANTARES CONSULTING (2007).** *Design et programmation des structures intermédiaires, Rapport remis au Département de l'Economie et de la Santé de la République et du Canton de Genève le 23 février 2007, 54 p.*
- GROUPE DE TRAVAIL HUG, FSASD, EMS (2000).** *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. Genève: rapport interne au DASS, 48 p.*
- DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE (2002).** *Personnes âgées hospitalisées en attente de placement dans un EMS, 2002. Genève: rapport interne au DASS 24 p.*
- DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE (2003).** *Collaboration entre les HUG, les Centres d'Action Sociale et de Santé et les EMS, 2003. Genève: rapport interne au DASS, 22 p.*
- DÉPARTEMENT DE L'ECONOMIE ET DE LA SANTÉ (2005).** *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. Genève: rapport au Grand Conseil, 120 p.*
- ORES CONSEIL, ERISMANN M. (2001).** *Evaluation des effets de la loi relative aux EMS. Genève: rapport interne au DASS, 143 p.*
- BELAND F. ET AL. (2006/a).** *A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, vol. 61, n° 4, 367-73.*
- BELAND F. ET AL. (2006/b).** *Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada. Can J Aging, vol. 25, n° 1, 5-42.*
- BODENHEIMER T. (1999).** *Long-term care for frail elderly people, the On Lok model. N Engl J Med, vol. 34, 1324-1328.*
- BODENHEIMER T. (2006).** *Primary Care – Will it survive? The New England Journal of Medicine, n° 355, 861-886.*
- CLAYTON M., CHRISTENSEN C.M., BODMER R. & KENAGY J. (2000).** *Will Disruptive Innovations Cure Health Care? Harvard Business Review, 11 p.*
- DIRECTION GÉNÉRALE DES CENTRES D'ACTION SOCIALE ET DE SANTÉ (DGCASS) (2007).** *Structures intermédiaires. Rapport de travail interne 8 mars 2007. Carouge: DGCASS. 9 p.*
- FESTINGER L. (1957, éd. 1965).** *A theory of cognitive dissonance. Stanford Calif.: Stanford University Press. 291 p.*
- FINSTERWALD D. & SCHALLER P. (2004).** *Managed Care - La Suisse pionnière. Cahier d'étude de la société suisse pour une politique de la santé, vol. 75, 267 p.*
- GIRAUT F. (2005).** *Fabriquer des territoires: utopies, modèles et projets. Thèse HDR de Géographie (dir. Pourtier R.). Paris: Université Paris I. 308 p.*
- GODET M. (1977).** *Manuel de prospective stratégique. Paris: Dunod, 220 p.*
- GROL R. & GRIMSHAR. J. (2003).** *From best evidence to best practice; effective implementation of change in patients' care. Lancet, vol. 362, n° 9391, 1225-1230.*
- GROUPE MÉDICAL D'ONEX <gmo.ch>**, consulté le 15.01.2007 (www.gmo.ch).
- HÉBERT R. & VEIL A. (2004).** *Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. International Journal of Integrated Care (en ligne), vol. 4 (July-September), pages. URL: www.ijic.org.*
- HERMANN F. (1997).** *Démence, dépression, handicap et maintien des facultés cognitives chez la personne âgée. Dpt de Gériatrie, Recherche médicale, HUG, PNR-32, 1997. Rapport interne, 34 p.*
- LEUTZ W. (1992).** *Recognizing the achievements of the Social Health Maintenance Organisation (SHMO) demonstration sites. J Aging Soc Policy, vol. 4, 124-134.*
- LUKES S. (1986).** *Some problems about rationality. In: Wilson B.R. dir. Rationality: key concepts in the social sciences. Worcester: Basil Blackwell, 194-213.*
- MUI A.C. (2001).** *The program of all-inclusive care for the elderly (PACE): an innovative long-term care model in the United States. J Aging Soc Policy, vol. 13, 153-167.*

- MUNDIGER M.O. (2000).** *Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians.* JAMA, vol. 283, n° 1, 123-134.
- MUSSO P. (dir), CROZET Y. & JOIGNAUX G. (2002).** *Le territoire aménagé par les réseaux.* Paris: Edition de l'Aube – Datar. 278 p.
- OCDE, OMS, sous dir. COLOMBO F., ZUM P. & OXLEY H. (2006).** *Examen de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse.* Paris: Editions de l'OCDE. 204 p.
- OFFICE CANTONAL DE LA STATISTIQUE. (1999).** *Projections démographiques pour le Canton de Genève, Etudes et documents 27, décembre 1999, 54 p.*
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP), ACHTERMANN W., BERSET C., sous dir. LEHMANN P. (2006).** *Les politiques suisses de santé – Potentiel pour une politique nationale. Portraits de dix politiques suisses de santé. Vol. 2.* Berne: Bundespublikationen. 214 p.
- ORES (2004).** *Perspectives d'ensemble des trois études relatives aux structures intermédiaires subventionnés. Rapport remis au Conseil d'Etat de la République et du Canton de Genève le 31 mai 2004.* Genève. 17 p.
- PERNEGER V. & SCHALLER P. (1996).** *Nouveaux modèles d'assurance-maladie et gestion des soins.* Soz Präventivmed, vol. 41, 47-57.
- QUÉVA C. (2007).** *Entre territoires et réseaux: la requalification des espaces locaux en France et en Allemagne. Jeux d'acteurs, d'échelles et de projets.* Thèse de Géographie (dir. Diméo G.). Bordeaux: Université de Bordeaux 3. 2 vol. 478 p. et 66 p.
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE (1999).** *Code de santé publique, Article L 712-2, mai 1999.*
- RUTSCHMANN O. ET AL. (2003).** *Evaluation de la trajectoire et de la complexité des patients admis au Centre d'Accueil et d'Urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève pour soins impossibles à domicile (SIAD).* Genève: Hôpitaux Universitaires de Genève, 150 p.
- SCHALLER P. & RAETZO M.A. (2002).** *Diminution du coût du système de santé en Suisse.* Revue Médicale Assurance Maladie, vol. 33, n° 1, 61-65.
- SCHALLER P. ET AL. (2003).** *Etablissement médico-social (EMS): quel projet institutionnel pour demain? Genève: rapport interne DES, 63 p.*
- SCHWEYER F.-X. (2004).** *Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence.* Liens social et Politiques, vol. 52, 35-46.
- STARFIELD. B. ET AL. (2005).** *Contribution of primary care to health systems and health.* Milbank Q, n° 83, 457-502.
- SUTER P. ET AL. (2007).** *Les futurs profils professionnels: le médecin généraliste au milieu d'une équipe efficace. Groupe de pilotage du projet « La médecine en Suisse demain » BMS, 88: 46, 1941-1952.*
- TOURIGNY A. ET AL. (2004).** *Quasi-experimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly.* Can J Aging, vol. 23, 231-248.
- VANIER M. (1995).** *La petite fabrique des territoires en Rhône-Alpes: acteurs, mythes et pratiques.* Revue géographique de Lyon, n° 70, 93-114.
- VEDEL I., DESTAMPA M., BERGMAN H., TEILLET L., CASSOU, ANKRI J. & ASSOCIATION ANCRAGE. (2007).** *Un nouveau modèle de réseau intégré pour les personnes âgées: le modèle COPA. L'année gérontologique, in print, 1-9.*
- VIGNERON E. dir (1999/a).** *Santé publique et aménagement du territoire. Actualité et dossier en santé publique, n° 29 (numéro thématique), 52 p.* En ligne sur le site du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), France, revue adsp (Actualité et dossier en santé publique) <hcspp.fr/hcspp/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=51&menu=111282>. Consulté le 15-02-2007.
- VIGNERON E. (1999/b).** *Bassins de Santé: concept et construction. Actualité et dossier en santé publique, n° 29, 38-43.* En ligne sur le site du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), France, revue adsp (Actualité et dossier en santé publique) <hcspp.fr/hcspp/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=51&menu=111282>. Consulté le 15-02-2007.