

Philippe Schaller, Pierre Huard

# L'intégration des soins

La Cité Générations comme nouveau modèle pour la médecine de famille

L'augmentation à long terme des maladies chroniques, psychosociales et des fragilités dans la population appelle des prises en charge améliorées. Comme la médecine ambulatoire traditionnelle manque souvent de coordination entre les différents intervenants, de grands efforts sont nécessaires pour trouver un système à améliorer l'état de santé et l'utilisation des ressources. La Cité Générations à Genève illustre l'intégration verticale comme modèle pour la médecine ambulatoire et présente une expérience d'intégration des soins.

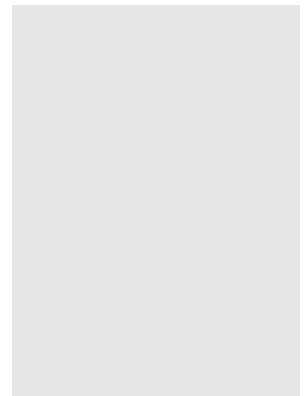
L'intégration verticale constitue une approche intéressante, notamment parce que d'une part, elle permet de souligner les insuffisances d'une partie des nouveaux dispositifs, et que d'autre part, elle paraît répondre aux problèmes sanitaires dont la médecine ambulatoire a la charge. Mais il convient auparavant de préciser les caractéristiques de l'intégration verticale (voir fig. 1).

## Remarques sur l'intégration verticale

Une activité de production verticalement intégrée regroupe et articule le plus grand nombre d'opérations. Une grande entreprise peut ainsi exploiter des forêts, produire du bois, le transformer en meubles, les transporter avec ses propres camions vers des magasins qui lui appartiennent. En maîtrisant toutes les étapes de la production, elle peut faire des économies d'échelle, se développer et accéder à une position dominante. Cette forme d'organisation convient à une production en grande série, de biens standard. On doit cependant rappeler que depuis plus de vingt ans, de nombreux secteurs de l'industrie ont abandonné

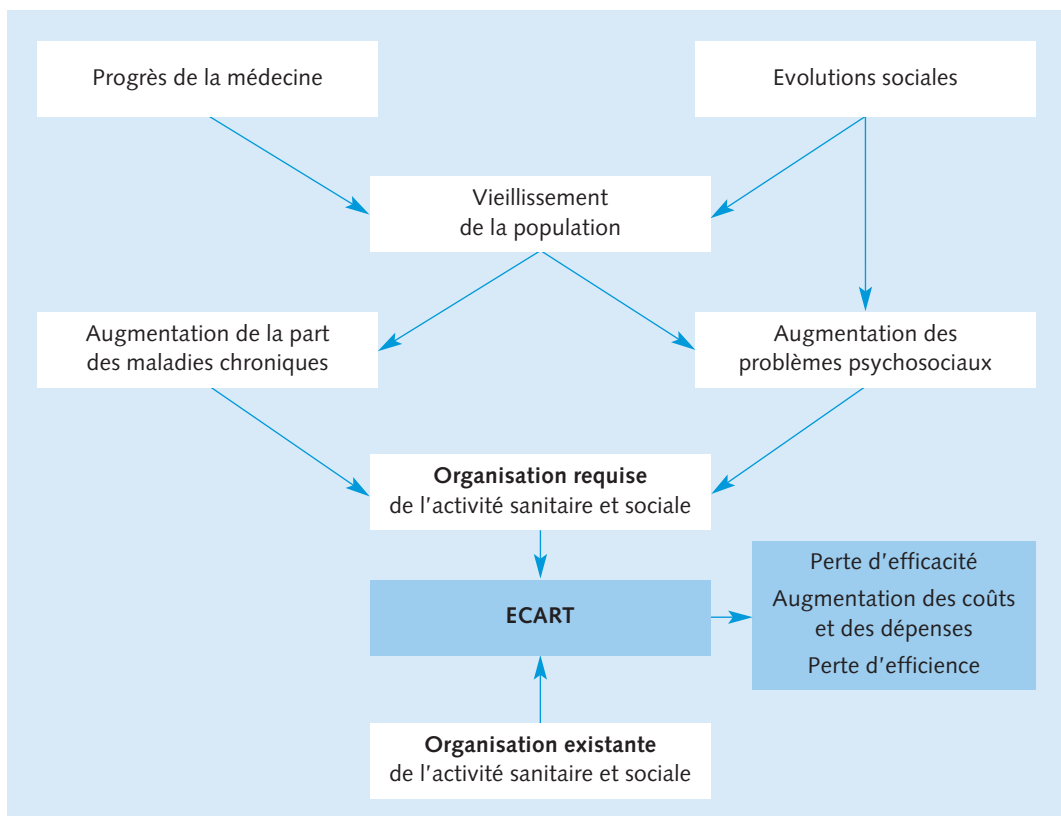


Philippe Schaller



Pierre Huard

Fig. 1 **Ecart d'organisation et perte d'efficacité.**



l'intégration verticale au profit d'une organisation en réseaux, afin de pouvoir répondre à une demande plus diversifiée, à des commandes spécifiques et à une concurrence par l'innovation.

Les entreprises très spécialisées d'un réseau peuvent collaborer en fonction des besoins d'une production particulière (une commande, un film, un logiciel industriel complexe, un projet d'urbanisme, etc.). Chaque secteur possède ainsi une grande flexibilité pour répondre à des demandes spécifiques, en ne mobilisant que les capacités nécessaires, ce qui réduit les coûts fixes par rapport à la grande entreprise intégrée. On est en présence d'une production à géométrie variable, chaque entreprise du réseau est engagée dans des projets collectifs différents, à des moments différents. Outre les avantages en termes de flexibilité et de coûts, cette organisation en réseau favorise l'innovation. En effet, une entreprise spécialisée participe à un projet dans la mesure où ses compétences particulières y sont pertinentes. Mais chaque projet lui pose des problèmes en partie nouveaux face auxquels elle doit faire évoluer et enrichir la gamme des solutions dont elle dispose; en renforçant ainsi ses compétences, elle augmente ses capacités d'innovation.

Ces remarques rendent nécessaire de préciser quel genre d'intégration verticale on entend appliquer à l'activité de la médecine de premier recours.

### Quelle intégration des soins?

L'efficacité de la prise en charge des maladies chroniques passe par un renforcement de la coopération d'intervenants aux compétences complémentaires, et par la coordination de leurs interventions. La multiplicité des compétences sollicitées renvoie à la verticalité de la coopération. Quant à l'intégration, il faut la considérer ici comme une tendance, un processus continu d'amélioration de la coopération et de la coordination. L'intégration proprement dite, c'est-à-dire la fusion d'un ensemble d'activités différenciées en une organisation monolithique fonctionnant sous l'autorité d'un centre de décision unique, reste pour longtemps encore, une situation très éloignée.

Ainsi, l'intégration verticale des soins définit une orientation stratégique capable de conduire à un progrès majeur de l'efficacité de l'activité de la médecine de premier recours [1]. En même temps, elle souligne les insuffisances de la plupart des configurations issues d'accords entre des médecins de même statut (horizontalité) avec des assureurs, comme par exemple, les réseaux de médecins de famille. Dans ce cadre, les arrangements concernent plus des relations financières que véritablement productives. En échange d'une modération des coûts de la part des médecins, les assureurs leur adressent des flux d'assurés qui augmentent leur patientèle.

En bref, l'intégration des soins rappelle que le problème central des progrès de l'efficacité reste bien celui de la coopération des intervenants, et de la coordination de leurs interventions complémentaires. L'intégration verticale des soins rappelle aussi certaines des principales difficultés de sa mise en œuvre [2].

- Concernant la coopération entre des intervenants différents (verticalité), elle se heurte à des problèmes de communication [3] qui ne se limitent pas à la diffusion de l'information, et qui ne sont pas réglés par le recours à des solutions techniques sophistiquées, sans compter les réticences liées aux conflits d'intérêts [4].
- Concernant l'intégration, elle suppose une instance de coordination dotée d'une autorité suffisante, ce qui renvoie à la difficile conception de la gouvernance d'une organisation composite dont chaque composante conserve une autonomie importante.

### Mise en œuvre de l'intégration des soins

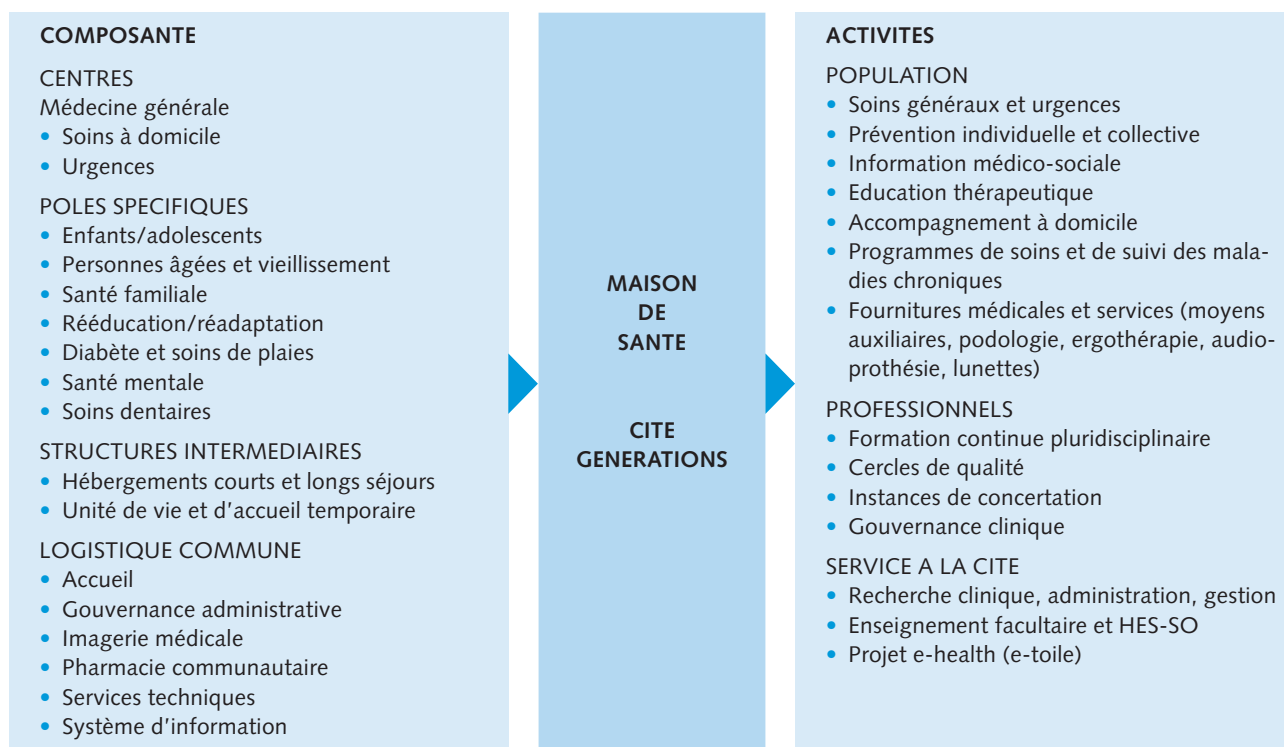
Compte tenu des multiples difficultés de mise en œuvre de l'intégration dont témoigne la fréquence des échecs, il semble qu'une véritable stratégie d'expérimentation soit la solution la meilleure. En effet, des initiatives locales prises par des professionnels, disposant de suffisamment de moyens pour concrétiser leur potentiel de changement, peuvent ultérieurement servir de modèle à d'autres initiatives, notamment par le biais de transferts d'expérience. Des initiatives innovantes de ce type ont cependant besoin pour réussir, du soutien des principaux acteurs du système sanitaire (pouvoirs publics, associations professionnelles, financeurs, etc.), qu'il s'agisse de soutiens financiers correspondant en particulier, à la phase de création d'un dispositif nouveau, ou de soutiens politiques se traduisant de la part de ces acteurs, par leur engagement explicite en faveur de ces projets [5].

Reste à illustrer concrètement ce processus d'intégration des soins, en évoquant le projet «Cité Générations» en cours de réalisation à Genève, et dont l'objectif est de faire fonctionner un dispositif pluriprofessionnel visant à développer une approche de santé globale pour une population locale ([www.philippe-schaller.ch/pdf/citegenerations.pdf](http://www.philippe-schaller.ch/pdf/citegenerations.pdf))

#### «Cité Générations» (CG): une expérimentation d'intégration des soins

Le projet a une histoire. Plus précisément, il s'articule à des dispositifs plus anciens réalisés par le même petit groupe de promoteurs; parmi ces dispositifs, on peut citer le Groupe Médical d'Onex (GMO) et surtout le Réseau de Soins Delta (RSD) [6], tous deux situés à Genève.

Fig. 2 Composantes et activités de CG.



### Présentation du dispositif CG

L'objectif de CG est de développer une activité pluridisciplinaire dédiée à la population locale, à partir d'un bâtiment de 4000 m<sup>2</sup> en cours d'achèvement [7, 8]. Les différents intervenants sont issus d'institutions privées et publiques, et la configuration est celle du schéma suivant (voir fig.2).

Dans cette configuration, la médecine de premier recours au sens large (médecine générale, urgences, services et soins à domicile) occupe une place centrale par rapport à la gamme des services spécialisés, des activités de santé publique et des structures intermédiaires.

Pour bien comprendre la différence entre un réseau de médecins de famille comme RSD et un dispositif d'intégration des soins comme CG, on peut essayer de les comparer, en rappelant que RSD a connu un développement qui l'amène à compter aujourd'hui près de 80 000 assurés et 250 médecins (GE et VD), et qu'il se caractérise par des coûts significativement inférieurs à la moyenne cantonale.

### Comparaison CG/RSD

Les principales différences entre les deux dispositifs sont les suivantes:

#### Les références:

- RSD conserve le modèle du cabinet médical puisque les médecins continuent à exercer dans leur cabinet, et

que les activités sont celles de la médecine de premier recours.

- CG renvoie à un modèle de santé globale dans lequel une large gamme de prestataires et d'interventions est mobilisée.

#### Type d'innovation:

- RSD représente un effort d'amélioration de l'organisation conventionnelle. Amélioration de la qualité de la décision médicale à travers les cercles de qualité, qui contribuent également, avec la capitation et le gate-keeping, à l'amélioration de l'efficacité en parvenant à réduire les coûts; ces mesures innovantes, par rapport à l'organisation conventionnelle, n'ont pas semble-t-il, d'impact important sur la coopération.
- CG représente un effort pour élaborer une alternative à l'organisation conventionnelle. Le regroupement de nombreuses activités complémentaires, impliquant de la coopération et de l'interprofessionnalité, constitue bien un changement marqué.

#### Localisation:

- RSD s'appuie sur de nombreux médecins dont les lieux d'exercice sont très dispersés.
- CG regroupe sur un site unique, un ensemble d'activités dédiées à un territoire de santé.

#### Complexité des activités:

- RSD est principalement constitué par près de 200 mé-

decins généralistes travaillant en parallèle; il n'y a pas à proprement parler de problème d'articulation entre leurs activités.

- CG regroupe des activités très variées et complémentaires devant être combinées pour donner naissance à des trajectoires de prise en charge continues, cohérentes et complètes.

*Types de relation entre les partenaires:*

- RSD s'efforce d'harmoniser les comportements des médecins grâce aux cercles de qualité, mais les pratiques restent juxtaposées plutôt qu'articulées les unes aux autres. Pour une part, les médecins adhèrent au dispositif parce que c'est pour eux le moyen d'augmenter leur clientèle. Leur adhésion au réseau correspond à un avantage individuel plutôt qu'à un engagement militant. Dans ces conditions, l'intégration dans une communauté de pratique n'est pas une priorité, d'autant que la coopération n'est pas une nécessité pour le fonctionnement du RSD.
- CG suppose coopération entre les partenaires et coordination de leurs activités, pour que son potentiel d'efficacité dans les prises en charge soit véritablement exploité. On voit que l'intérêt du projet est conditionné par sa capacité à mobiliser les participants de manière sérieuse et durable.

### Éléments de stratégie

Même si le dispositif CG possède quelques traits favorables à son développement (expérience et réputation tirées de GMO et de RSD, gamme et regroupement des services offerts, relations avec les acteurs du système, etc.), les réticences et oppositions qui accompagnent habituellement les changements de pratiques, vont se manifester à l'encontre du projet. Il importe donc d'anticiper ces difficultés et de trouver les moyens d'en atténuer les effets.

Le problème général qui se pose est celui du changement des pratiques. Pour obtenir ce changement, ni l'information des acteurs concernés, ni la contrainte, ni même la seule incitation ne suffisent, parce que les pratiques [9] sont complexes, qu'elles se développent dans un contexte matériel et social particulier (l'activité professionnelle), qui leur donne leur signification et qui détermine l'identité sociale des acteurs [10]. Pour que ces acteurs perçoivent l'intérêt du changement et qu'ils s'y engagent, il faut qu'ils en fassent l'expérience, c'est-à-dire que par l'apprentissage, les expériences se transforment en nouvelles représentations, compétences et identités.

Plusieurs étapes de cette stratégie de démarrage peuvent être envisagées :

- CG étant une forme organisationnelle nouvelle visant l'intégration des soins et des services, de nombreux acteurs susceptibles d'y participer, s'en écartent parce que le projet n'évoque pas pour eux un cadre familier. Il faut donc commencer par expliciter les principes généraux qui président à la conception du projet, pour en réduire l'incertitude. Cela suppose de disposer d'une version simple du projet, capable de clarifier les orientations principales et de susciter des réactions.
- L'étape suivante consiste à diffuser ce document auprès des acteurs dont les compétences ou le soutien peuvent être utiles au projet, en leur proposant de faire connaître leurs positions, leurs critiques et propositions d'amélioration. En utilisant divers canaux de communication complémentaires, l'objectif est non seulement d'obtenir des contributions utiles, mais de faire du projet un objet de large débat afin de mettre les acteurs en mouvement.
- La multiplicité des réactions permet d'envisager la conception d'un forum qui soit un lieu de discussion et de concertation propice à la formation de compromis et de versions successives et progressivement complétées et convergentes du projet. Les discussions et les conflits d'intérêt amènent à approfondir les principes et à commencer à formuler des règles de fonctionnement portant sur les points les plus sensibles (gouvernance, stratégie de développement, processus de décision, allocation des ressources, modalités de rémunération, frontière des activités et des responsabilités, etc.). Un processus de discussion ouverte et de correction continue doit rester un principe fondamental du fonctionnement de CG afin que son développement repose sur un processus d'apprentissage permanent qui transforme l'expérience, notamment des dysfonctions et des échecs, en connaissances et compétences nouvelles.

Correspondance:

Dr Philippe Schaller, M.Sc.

Réseau de Soins Delta

Genève

schaller@gmo.ch

Pr Pierre Huard

Sciences Po Aix

huard.pierre@wanadoo.fr