

Projet

« Optimisation et évolution du BRIO »

Rapport final

Christine Perrenoud

21 octobre 2015

TABLE DES MATIERES

1	Résumé	page 3
2	Histoire et contexte du projet	page 8
3	Objectifs du projet	page 9
4	Processus et principaux axes de travail	page 9
5	Méthode	page 10
6	Création d'une plateforme de coordination du Brio	page 11
7	Visites sur tous les sites auprès des IDL	page 11
8	Analyse point par point des 16 propositions d'actions	page 12
	8.1 Horaires et remplacements	page 13
	8.2 Prestations d'orientation A vers B	page 16
	8.3 Prestations lors de retours à domicile	page 16
	8.4 Impacts des projets sur le rôle des IDL	page 18
	8.5 Suivi des situations fragiles	page 18
	8.6 Prestations lors de demande de logements protégés	page 26
	8.7 Modalités de collaboration avec les CAT	page 29
	8.8 Communication avec les services	page 29
	8.9 Présentation de trois dossiers	page 37
	8.10 Transferts d'EMS.....	page 38
	8.11 Sujets complémentaires en lien avec les EMS	page 39
	8.12 Bureaux des IDL	page 40
	8.13 Colloques de liaison / Orientation	page 40
	8.14 Délégation à un secrétariat	page 42
	8.15 Réajustement organisationnels	page 42
	8.16 Création d'une plateforme SAMS	page 43
	8.17 A traiter dans un autre contexte	page 43
9	Commentaires des médecins	page 43
10	Commentaires des communes	page 44
11	Eléments les plus marquants	page 45
12	Conclusion	page 47
13	Annexes	page 48
14	Lexique	page 48
15	Remerciements	page 49

1. Résumé

A fin 2014, le comité du RSNB a mandaté un COPIL chargé de superviser l'étude de propositions d'amélioration des pratiques et d'évolution du Brio émises par plusieurs directions de ses membres. Les travaux ont été menés par une cheffe de projet entre les mois de janvier à octobre 2015, en visant au maximum une harmonisation et un déploiement des pratiques qui satisfassent la plus grande majorité des membres du RSNB, tout en restant dans le cadre cantonal édicté.

Les résultats devaient permettre au COPIL de définir des recommandations à formuler à l'intention du comité, afin de lui permettre de décider des options à retenir pour la suite de l'activité du Brio au sein du RSNB.

Les travaux effectués au cours du projet ont consisté à faire émerger la vision du terrain en regard des propositions émises par les directions, en travaillant principalement avec un groupe d'experts utilisateurs, les cadres/cadres intermédiaires des institutions membres du réseau (eHnv, HIB, CPNVD, CMS, EMS), les directions des EMS, ainsi que les collaborateurs du Brio et leurs responsables.

Ces travaux ont permis de mettre en évidence une satisfaction générale dans la collaboration entre les sites/services/institutions et le Brio. La demande envers ce dernier consiste essentiellement en un renforcement des ressources afin de couvrir les horaires sur les sites de manière plus large, de faciliter les remplacements, et d'assurer le maintien ou un déploiement plus étendu des prestations effectuées par le Brio. Aucune réduction de prestation n'est souhaitée.

Le COPIL s'est ensuite positionné pour déterminer les recommandations à soumettre au comité du RSNB, selon les propositions d'actions étudiées et les résultats obtenus.

Arrivé à la fin de son mandat, le COPIL recommande la création d'une « **Plateforme de coordination du Brio** », afin d'assurer sur la durée la régulation des pratiques et de la communication entre le Brio et ses partenaires, de poursuivre différentes réflexions amorcées dans le projet, ou encore de soutenir le management du Brio dans l'application de certains aménagements organisationnels.

Les propositions d'actions d'amélioration étudiées ainsi que les recommandations du COPIL sont résumées ci-après :

1. « Identifier les besoins en adaptation d'horaire de présence afin d'offrir une couverture qui convienne à la plus grande majorité des partenaires et qui permette de faciliter les remplacements »

Présentation de deux options de renforcement de ressources qui touchent essentiellement les infirmières de liaison :

Option 1 : Ajustement des ressources de la liaison hospitalière, consistant en un renforcement des dotations principalement dans les services de médecine et dans les CTR, nécessaire pour garantir un travail de qualité en continu (anticipation dès l'admission, orientation lors de la sortie, etc.) et pour faciliter les remplacements. Cette option permettrait d'assurer 1 EPT pour 30 lits en médecine et en CTR, et 1 EPT pour 80 lits en chirurgie et orthopédie. La dotation passerait de 11.9 à 14 EPT et représenterait une augmentation budgétaire de CHF 240'000, dont environ CHF 144'000 à charge des membres du RSNB.

Option 2 : Optimisation de l'organisation de la liaison. Cette deuxième option vise un minimum d'impact financier sur les contributions des membres du RSNB, avec une augmentation de 0.6 EPT, à savoir environ CHF 70'000 dont CHF 42'000.- à charge de ces derniers, et consisterait en une ventilation quasi complète des dotations de remplacements sur les différents sites hospitaliers afin d'en renforcer le quotidien

Le COPIL reconnaît le besoin de renforcer les ressources et recommande de commencer par appliquer l'option 2, et viser dans un avenir envisageable de deux ans le déploiement de l'option 1.

Le déploiement de ces options serait suivi à travers la plateforme de coordination du Brio à créer.

2. « Evaluer l'adéquation du retrait de la prestation d'orientation A (soins aigus) → B (réadaptation) demandé par les directions des institutions partenaires »

La procédure en vigueur répond aux besoins des services, est adéquate et est suivie par l'ensemble des collaboratrices et des IDL.

Le COPIL recommande de maintenir cette prestation dans le cadre du cahier des charges du Brio, selon la procédure actuelle.

3. « Dans le cadre de retours à domicile, revisiter les critères d'intervention en tenant compte des besoins du maintien à domicile, et identifier les bonnes pratiques qui en découlent »

Les pratiques ne sont pas les mêmes dans la Broye (intervention systématique des IDL lors de RAD) que dans le Nord (délégation aux équipes soignantes par les IDL selon des critères définis). Dans un souci d'harmonisation, le COPIL a demandé d'étudier la possibilité de mettre en place dans la Broye les mêmes critères de délégation aux équipes soignantes. Toutefois, une telle mise en place représenterait un changement organisationnel important dans la Broye, dont les conséquences sur les équipes soignantes n'ont pas été évaluées.

Le COPIL recommande d'identifier les ressources supplémentaires liées à cette différence de pratique.

Si la prestation est poursuivie de manière systématique dans la Broye, la différence avec les bonnes pratiques déterminées demeure et des aménagements au niveau des ressources et du financement doivent être négociés entre les directions du RSNB et du HIB.

Une rencontre entre ces deux directions est proposée afin d'envisager un travail sur les processus de collaboration et d'étudier les éventuelles pistes d'amélioration tout en tenant compte des spécificités régionales.

4. « Quels impacts sur le rôle des IDL ont/vont avoir les projets en lien avec la continuité des soins? (ex : Equipe Mobile CMS dans le Nord ou Urgences-RAD dans la Broye) »

Le but de ce sujet est de permettre de suivre les projets en cours ou à développer afin de mesurer leur impact sur le travail des IDL, et, le cas échéant, d'ajuster les prestations de chacun afin d'éviter les redondances, et de garantir l'adéquation des prestations offertes par les différentes entités.

Le COPIL recommande de suivre les projets au sein de la plateforme de coordination du Brio, et, entre-temps, de tenir la responsable du Brio informée de toute nouvelle mise en place ou évolution.

5. « Evaluer la pertinence de maintenir le suivi des situations fragiles dans le cadre de l'activité du Brio »

La poursuite du suivi des situations fragiles dans le Nord est admise à tous les niveaux consultés. Par contre, le manque de ressources actuel ne permet pas son déploiement dans de bonnes conditions ni de l'étendre à la Broye. De plus, la réflexion s'est élargie au niveau de la gestion de cas.

Le COPIL propose de poursuivre ces réflexions pour l'avenir au travers des développements 2016 issus du projet TIO mené dans le cadre du projet OSRIC, tout en incluant le Brio dans les réflexions.

Dans l'intervalle, le COPIL recommande le maintien du suivi des situations fragiles dans le Nord et son élargissement dans la Broye, avec un renforcement des ressources de 0.5 EPT, estimé à CHF 58'000, dont CHF 35'000 à charge des partenaires du RSNB.

6. « Evaluer la pertinence de maintenir la prestation de la coordination lors de demandes de logements protégés dans le cadre de l'activité du BRIO »

Le bien-fondé de la prestation du Brio lors de demandes de logements protégés est reconnu. Toutefois, les critères de recours au Brio dans ce contexte et les conditions d'intervention doivent être clarifiés, notamment au niveau du financement, puis présentés en vue de validation aux partenaires concernés.

Le COPIL propose que M. Y. Kühne se charge de réunir les partenaires qui offrent des logements protégés afin de leur présenter et valider avec eux une procédure d'intervention harmonisée ainsi que les modalités de financement qui en découlent.

7. « Revisiter et harmoniser les modalités de collaboration entre le BRIO et les prestataires de CAT »

L'intervention du Brio auprès des appartements protégés fait sens au niveau de la promotion des SAMS, et dans le cadre de l'identification et du suivi des situations fragiles entre partenaires du réseau.

Le COPIL considère que la plateforme SAMS mise en place est la bonne instance pour traiter cette question.

Le COPIL recommande de maintenir l'intervention du Brio auprès des CAT, sur demande de ces derniers.

8. « Déterminer les bonnes pratiques du BRIO et de ses partenaires afin de favoriser une communication fluide et efficace dans les deux sens »

Les travaux effectués ont mis en évidence une satisfaction générale au niveau de la communication entre le Brio et ses différents partenaires.

Le COPIL recommande de confier au management du Brio, à savoir à la responsable de la liaison hospitalière, le soin de :

- Affiner encore selon les besoins les collaborations dans les deux sens
- Proposer des séances semestrielles d'information/régulation/remédiation sur sites
- Etudier davantage le besoin et les possibilités de mettre des outils mobiles à la disposition des IDL.

9. « Evaluer la pertinence de présenter trois dossiers aux EMS lors de lits disponibles »

Les utilisateurs terrain considèrent que la présentation d'un seul dossier suffit. De leur côté, les directions d'EMS ont été abordées individuellement pour se prononcer à ce sujet. La grande majorité d'entre elles s'estime satisfaite avec les pratiques actuelles.

Un retour de la position des Directions des EMS a été effectué dans le cadre de la rencontre du groupe EMS, le 8 septembre 2015. Compte tenu des avis exprimés lors des rencontres et la satisfaction de la grande majorité des EMS autour des pratiques actuelles, le groupe des EMS préavise le maintien de ces pratiques.

Le COPIL recommande de suivre l'avis exprimé par le groupe EMS.

10. « Définir les modes de collaboration afin de faciliter les transferts d'EMS en cas de limite de missions »

Les directions d'EMS ont été abordées individuellement pour se prononcer à ce sujet, et se sont toutes montrées d'accord d'associer le Brio lors des démarches de réorientation

Un retour de la position des Directions des EMS a également été effectué dans le cadre de la rencontre du groupe EMS, le 8 septembre 2015. Compte tenu que l'ensemble des directions sont d'accord d'associer le Brio dans les démarches de réorientation, le groupe des EMS préavise le maintien de ces pratiques.

Le COPIL recommande de suivre l'avis exprimé par le groupe EMS

11. « Sujets complémentaires abordés lors des rencontres avec les directions d'EMS, en plus des propositions d'amélioration prévues initialement »

« Acceptation des séjours provisoires et d'observation »

L'ensemble des directions sont d'accord d'accueillir des séjours provisoires et d'observation

« Mise à jour des conditions et critères d'admission par EMS »

L'ensemble des directions est d'accord de remplir le document sur les conditions d'admission et se charge de sa mise à jour à l'attention du Brio

« Lors d'hospitalisation depuis un EMS, étudier le besoin et la possibilité d'intervenir lors du RAD, de manière systématique ou déclenchée par l'EMS »

Le sujet précité a été discuté lors de la séance du 8 septembre 2015 du groupe EMS. Le groupe EMS préavise que l'intervention de l'infirmière de liaison n'a pas besoin d'être systématique et qu'elle peut être réalisée sur demande de l'EMS.

12. « Afin de faciliter la communication et gagner en efficience, regrouper les IDL du même site dans un même bureau »

Les IDL comme les équipes soignantes confirment l'avantage de mettre à disposition des IDL un bureau individuel à proximité du service.

Le COPIL a décidé de confier cette proposition d'amélioration au management du Brio dans le cadre de ses relations avec les partenaires.

13. « Afin de faciliter la communication et gagner en efficience, instaurer sur tous les sites des colloques dévolus à la liaison/orientation »

Les IDL comme les équipes soignantes considèrent ces colloques comme indispensables, y compris dans les services de chirurgie et orthopédie qui ne bénéficient pas de tels colloques à l'heure actuelle. Les cadres concernés se disent prêts à collaborer avec le management du Brio en cas de négociation à aborder avec les directions des hôpitaux.

Le COPIL confirme l'importance de colloques dévolus à la liaison, recommande leur instauration et valide le fait que ce point soit travaillé au niveau du management du Brio en lien direct avec les différentes institutions

14. « Permettre au BRIO de se centrer sur ses activités spécifiques en délégrant ce qui peut être traité par un secrétariat médical, sans diminuer la qualité des prestations »

Le besoin de délégation à un secrétariat est lié aux résultats issus de l'étude des autres propositions d'amélioration et aux décisions y relatives qui seront prises.

Par ailleurs, ce point n'a pas pu être traité dans le cadre de cette étude par absence de disponibilité d'un secrétariat médical dans les services de soins.

Le COPIL propose de reprendre ce sujet ultérieurement dans le cadre de la future plateforme de coordination du Brio.

15. « Afin de gagner en efficience, identifier les réajustements organisationnels à apporter, tels la fréquence et les lieux des colloques, et évaluer leur pertinence en les testant d'ici fin août 2015 »

Le COPIL a décidé de confier ce point au management du Brio et recommande que la plateforme de coordination du Brio soit informée des différents ajustements organisationnels

16. « Créer une plateforme SAMS afin de clarifier et renforcer les collaborations entre acteurs des structures d'accueil médico-sociales »

La plateforme SAMS est mise en place et la première séance a eu lieu le 10 septembre 2015

17. « Développer des itinéraires cliniques tels que PTH afin de faciliter la trajectoire de l'utilisateur à travers les différentes institutions de soins »

Le COPIL a décidé que ce sujet devait être traité dans le cadre des propositions de développement du RSNB

Les recommandations du COPIL ont été finalisées lors de sa dernière séance du 5 octobre 2015. La version finale du rapport qui s'ensuit est fournie au COPIL et aux membres du comité du RSNB.

2. Histoire et contexte du projet

Le présent projet s'inscrit dans le cadre du Réseau Santé Nord Broye (RSNB) et concerne l'activité du Bureau Régional d'Information et d'Orientation (Brio).

C'est en date du 26 novembre 2014 que l'Assemblée générale du RSNB a accepté de renforcer la dotation de remplacement du Brio de 1.2 EPT, avec la condition d'étudier durant l'année 2015 les possibilités d'optimisation des pratiques et de faire évoluer le Brio en fonction des besoins des usagers, des partenaires, du système socio-sanitaire régional et des enjeux de santé publique, ceci sur la base de pistes de réflexion mises en évidence par les directions partenaires en 2014.

Pour ce faire, le Comité du RSNB a mandaté un groupe de travail composé de membres de direction issus des Etablissements hospitaliers du nord vaudois (eHnv), de l'Hôpital Inter-cantonal de la Broye (HIB), du Secteur Psychiatrique Nord (SPN), des Etablissements médico-sociaux (EMS), des Soins à domicile (SAD) et du Brio, pour faire un bilan de la satisfaction de ces entités envers le fonctionnement du Brio, et identifier par groupes institutionnels les besoins et souhaits d'évolution.

Sous forme de pré-étude, ce groupe de travail s'est réuni 3 fois et a travaillé parallèlement en sous-groupes, ce qui lui a permis d'établir un premier état des lieux contenant 27 propositions d'actions d'amélioration ou d'évolution (annexe 1). Pour poursuivre la démarche, le comité a ensuite mandaté un Comité de pilotage (COPIL) comprenant une partie des membres du groupe de travail initial, et une cheffe de projet a été nommée pour coordonner la suite des travaux. Le présent rapport propose des recommandations validées par le COPIL à soumettre ensuite au comité du RSNB.

Le mandat confié à la cheffe de projet (annexe 2) consistait à examiner ces propositions et les analyser en regard de la directive cantonale sur le Brio (annexe 3), de sa description de fonction (annexe 4), ainsi que du Forum de la Cores (Coordination des réseaux de santé) du 4 septembre 2014¹, tout en questionnant les utilisateurs du Brio au niveau du terrain afin de mettre leur vision en regard de celle émise par leurs directions.

Pour ce faire, la cheffe de projet a travaillé principalement avec un groupe d'experts utilisateurs désignés par les directions concernées (annexe 5), les collaboratrices² du Brio, leur responsable et sa nouvelle adjointe en charge de la liaison hospitalière³, ainsi que les responsables de sites ou de services, afin de leur présenter la démarche et les différents points à traiter, et obtenir leur avis.

Le projet s'est déroulé sur la période de janvier à octobre 2015. Le COPIL a suivi les activités selon le mandat déterminé (annexe 6) et s'est positionné tout au long du processus pour orienter la suite des travaux. Un bureau composé de deux membres du COPIL a été nommé pour permettre des points de situations intermédiaires avec la cheffe de projet et valider la préparation des séances de COPIL.

¹ document trop lourd pour être mis en annexe, à consulter sur <https://www.reseau-sante-nord-broye.ch/highlight/forum-du-4-septembre-2014-brio-2020>

² Par souci de simplification, le féminin est utilisé dans le texte pour désigner les collaborateurs et collaboratrices, les infirmiers et infirmières, ainsi que les coordinateurs et les coordinatrices

³ Entrée en fonction le 01.08.2015 selon accord du comité du RSNB, voir point 8.1

3. Objectifs du projet

Les objectifs stipulés dans le mandat confié à la cheffe de projet sont les suivants :

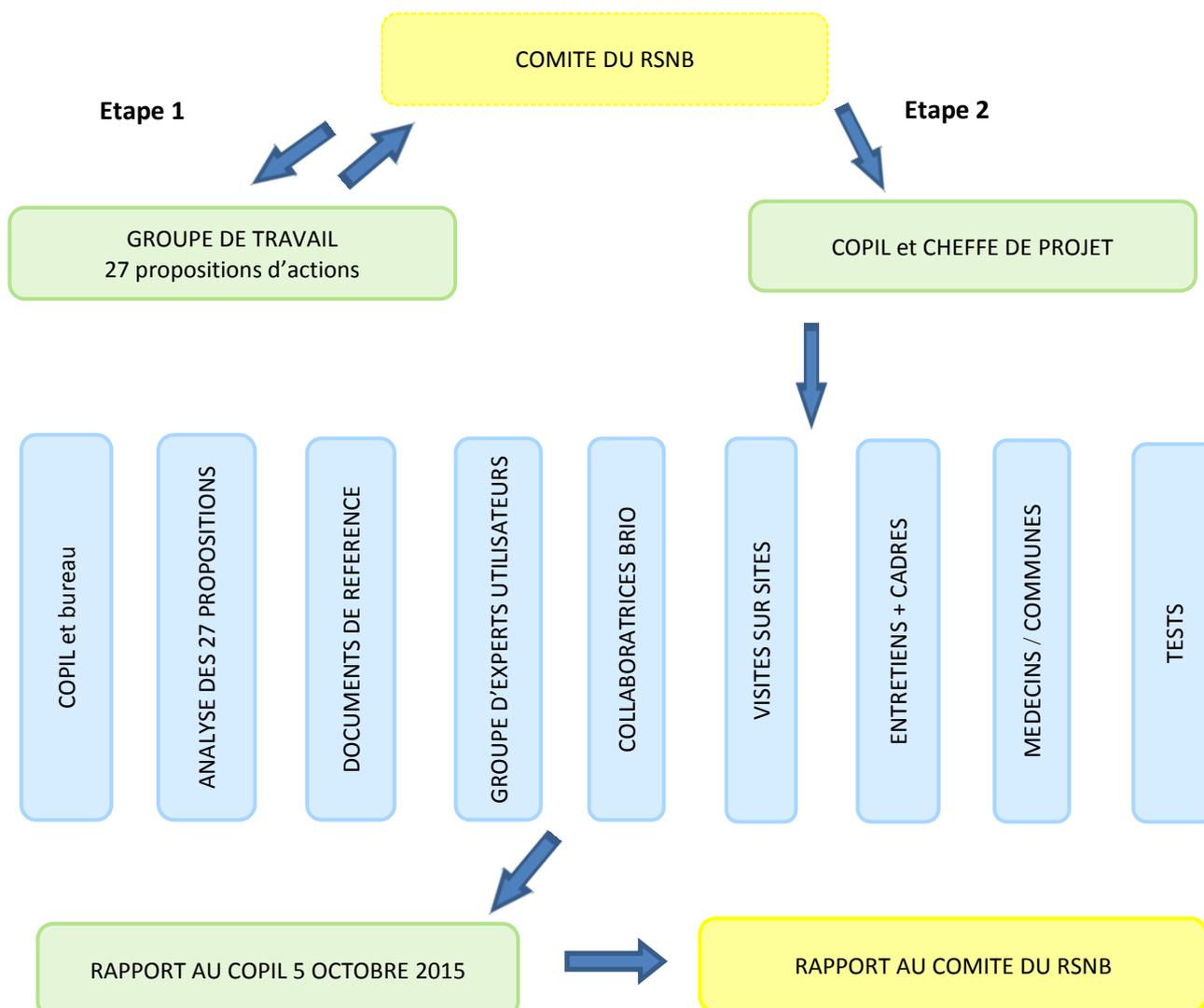
Objectif Général :

« Au 5 octobre 2015, le COFIL se déterminera sur les actions d'évolution à proposer au fonctionnement du BRIO sur la base des actions proposées »

Objectifs spécifiques :

- Les actions d'évolution proposées par le COFIL dans le cadre de la pré-étude seront complétées par la vision du terrain
- Les actions d'évolution proposées par le COFIL dans le cadre de la pré-étude seront complétées par la vision des médecins et des communes
- Le maximum de pratiques sera harmonisé
- La faisabilité des propositions d'actions sera vérifiée et un tri sera effectué
- Les actions retenues seront testées
- Les résultats des tests seront analysés et un rapport établi
- Des recommandations d'actions seront proposées au comité pour décisions

4. Processus et principaux axes de travail



5. Méthode

Les activités déployées dans le cadre de ces différents axes de travail sont résumées comme suit :

- 6 séances de COPIL, entre le 19 janvier et le 5 octobre, dont les membres sont les suivants :
 - Cardis Jean-François (eHnv)
 - Heuls Sandrine (EMS Jardins de la Plaine)
 - Kühne Yves (RSNB), président du COPIL
 - Lupascu Ciprian Dr (CPNVD)
 - Messerli Jaquier Claudine (ASPMAD)
 - Neuville Kopp Claire (Brio RSNB)
 - Perrenoud Christine (Cheffe de projet)
 - Pidoux Mireille (ABSMAD)
 - Robert Emmanuelle (EMS Clair-Vully)
 - Rotzetter Murielle (HIB)

- Séances de travail régulières avec le bureau du COPIL (Mme M. Pidoux et M. Y. Kühne)
- Séances de travail régulières avec M. Y. Kühne et Mme C. Neuville Kopp
- Analyse des propositions d'amélioration et d'évolution émises par le groupe de travail, tri, reformulation et propositions d'actions, étude des documents de références existants (voir annexes 1, 3, 4, et lien pour le Forum de la Cores)
- Visite de la cheffe de projet sur tous les sites (stationnaires et ambulatoires) auprès des collaboratrices du Brio afin d'observer et de comprendre l'activité de chacune et découvrir les spécificités liées à son activité
- Consultation en séances auprès du groupe des collaboratrices du Brio
- Consultations auprès du groupe d'experts utilisateurs, toujours en présence de la responsable du Brio, à deux reprises en séances plénière et à une reprise en sous-groupe (hôpitaux somatiques) selon des points spécifiques à traiter. Les membres étaient les suivants :
 - Bovey Nathalie (EMS OASIS)
 - Charlaïne Jean-Paul (HIB Payerne)
 - Chassot Mélanie (CMS Payerne)
 - Cuby Anne-Marie (eHnv Yverdon)
 - Deléchat Audrey (HIB Estavayer)
 - Delgado German (CPNVD)
 - Geissler Béatrice (CMS Vallorbe)
 - Laurent Jean-Christophe Dr (eHnv Yverdon)
 - Louvrier Corinne (eHnv St Loup)
 - Matilla Richard (EMS La Veillée)
 - Meddahi Samia (EMS Château de Corcelles)
 - Moreau Christophe (eHnv Chamblon)
 - Neuville Kopp Claire (Brio)
 - Perrenoud Christine (cheffe de projet, animation et PV)
 - Salvi Brigitte (EMS Mont Riant)
 - Simonin Nathalie (RSNB, prise de notes de séances)

- Consultation sous forme d'entretiens ouverts auprès des responsables de pôles, ICUS ou coordinateurs de sites
- Consultation par mail auprès des médecins libres praticiens et des communes du territoire du RSNB

- Séances de travail auprès des directions d'EMS menées par M. Y. Kühne, secrétaire général du RSNB et la responsable du Brio, pour tous les points relatif à la collaboration de ce dernier avec les EMS
- Séance de travail de la nouvelle plateforme SAMS (Structures d'Accompagnement Médico-Social, présidence M. Y. Kühne)
- Consultation en séance individuelle d'un médecin libre praticien (Dr LOUIS Olivier)
- Relevé d'activité sur sites HIB mené durant l'été
- Procédures de travail Brio : toutes les activités du Brio sont déjà décrites dans des procédures existantes¹. Certaines d'entre elles sont impactées par les travaux effectués, et devront être adaptées
- Information concernant les résultats du projet et les décisions qui s'en suivront : la plupart des personnes qui ont participé à des séances de travail ou qui ont été interrogées par mail souhaitent avoir un retour sur la suite qui sera donnée au projet. Il appartiendra au comité du RSNB de choisir les canaux de communication les plus appropriés suite aux décisions qui seront prises.

6. Création d'une plateforme de coordination du Brio

Tout au long du déroulement du projet, il est apparu que sa courte durée ne permettrait pas la mise en place, la finalisation ou le suivi de certaines démarches proposées dans les recommandations. Soucieux de permettre au projet d'amener des éléments concrets dans l'évolution du Brio, et ceci sur la durée, le COPIL propose d'instaurer une « **Plateforme de coordination du Brio** », qui pourrait être composée de ses propres membres. Son but serait d'assurer la régulation des pratiques et de la communication entre le Brio et ses partenaires, de poursuivre différentes réflexions amorcées dans le projet, ou encore de soutenir le management du Brio dans l'application de certains aménagements organisationnels.

7. Visites sur tous les sites auprès des IDL et des coordinatrices

L'élément le plus frappant observé sur chaque site hospitalier est le peu de marge de manœuvre dont disposent les infirmières de liaison (IDL) dans le déploiement de leur activité au quotidien, comme dans leurs moyens de communiquer avec les services. De leur côté, les équipes soignantes s'adaptent beaucoup en fonction des disponibilités du corps médical et de la personnalité des médecins chefs. Dans ce contexte, les IDL et les équipes soignantes ont toutes trouvé un mode de collaboration composé de spécificités différentes et adaptées à chaque service. Il en découle une difficulté à apporter une harmonisation supplémentaire des pratiques comme cela avait été souhaité par le groupe de travail. Il faut toutefois préciser que chaque IDL suit et respecte les procédures inhérentes à sa fonction ; ce sont les moyens de communication mis en place pour y parvenir qui divergent d'un service à l'autre.

Une seconde observation faite sur chaque site concerne la multiplication d'outils de travail en lien avec le suivi du patient et la communication avec les services : on peut nommer entre autres le dossier patient informatisé SOARIAN, PREDIMED, divers tableaux contenant des informations sur les patients ou sur l'occupation des lits, ou encore d'autres dossiers ou maxi-cartes en lien avec le suivi des patients. Les IDL comme les soignants effectuent un travail redondant en inscrivant certaines

¹ document trop lourd pour être mis en annexe, à consulter sur <https://www.reseau-sante-nord-broye.ch/procedures>

mêmes informations à plusieurs endroits, et de même une perte de temps est occasionnée par la recherche d'informations qui peuvent avoir été inscrites à différentes places. Ce travail dispersé amène une insatisfaction et une forme d'insécurité de la part des soignants comme des IDL, et provoque des agacements lorsque, par exemple, les uns réclament à d'autres des informations qui se trouvent inscrites au bon endroit dans SOARIAN mais qui n'ont pas été consultées.

En plus de la nécessité d'ajuster leurs pratiques de consultation et de renseignements d'informations en fonction des spécificités de chaque service, les IDL doivent tenir à jour l'outil informatisé qui leur est propre, à savoir la BRIOCHE. Certaines saisies se font à double avec SOARIAN, étant donné qu'aucun lien n'existe actuellement entre les deux outils, ce qui alourdit passablement le travail de saisie. Toutefois, des possibilités de connexions entre les deux outils sont en cours d'étude au niveau cantonal, qui amèneraient au moins une simplification à ce niveau dans le quotidien des IDL (cf point SOARIAN, page 30).

Malgré les éléments mentionnés ci-dessus qui illustrent un aspect compliqué du travail des IDL sur les sites, l'entente et la collaboration sont globalement bonnes, chacun faisant visiblement preuve de bon sens et de souplesse pour faciliter au mieux la collaboration et la rendre la plus efficace possible.

Pour ce qui est des deux coordinations, Nord et Broye, une forme de constat similaire avec les éléments expliqués ci-dessus peut s'appliquer en ce qui concerne la collaboration avec les partenaires régionaux : différentes spécificités amènent chaque coordination à s'organiser et déployer des moyens de communication et de collaboration adaptés à la réalité de son contexte régional. La fusion prochaine des deux coordinations représentera certainement un challenge et une opportunité pour parvenir à un fonctionnement uniformisé qui respecte les procédures établies tout en répondant aux attentes des différents partenaires.

L'assistante sociale effectue un travail de fond complémentaire à celui de ses collègues IDL ou coordinatrices en se chargeant de suivre les situations les plus complexes socialement, afin de résoudre au mieux des difficultés généralement très spécifiques qui n'ont pas pu être résolues dans d'autres contextes, et ceci souvent sur une longue durée.

La secrétaire du Brio est présente chaque jour, et offre visiblement un soutien précieux à ses collègues et aux responsables, grâce à sa connaissance approfondie des dossiers et des processus de travail.

Enfin, les visites sur les sites ont permis de mettre en évidence la motivation, l'implication, la disponibilité et la souplesse dont font preuve toutes les collaboratrices du Brio qui adaptent par exemple fréquemment leurs horaires de travail en fonction des fluctuations de leur charge ou surcharge de travail. Dans ce registre, il y a lieu de relever que malgré des périodes de charge de travail irrégulières, les collaboratrices du Brio sont la plupart du temps saturées dans leur activité et montrent des signes d'épuisement.

Malgré cela, il faut saluer le fait que chacune s'est organisée pour accueillir la cheffe de projet lors de ses visites afin de lui accorder le temps nécessaire à la compréhension de son activité et des spécificités qu'il doit maîtriser.

8. Analyse point par point des 16 propositions d'actions

L'étude des propositions d'amélioration émises par le groupe de travail en regard des documents de référence cités plus haut a permis de mettre en exergue certains sujets, d'en regrouper d'autres, d'en identifier de nouveaux et de définir dans quel contexte ils devaient être traités.

Ainsi, une nouvelle version contenant **16 propositions** d'actions d'amélioration a été validée par le COPIL en séance du 27 mai 2015, dont la plupart ont été étudiées en groupe d'experts utilisateurs,

d'autres l'ont été en séance avec les directions des EMS et/ou lors de la première séance de la nouvelle plateforme SAMS (Structures d'accompagnement médico-social), et enfin une dernière est mentionnée mais sera à traiter dans un autre contexte, à savoir au niveau du management du RSNB. De plus, lors des séances avec les directions des EMS, trois sujets complémentaires ont été abordés qui figurent au point 8.11, page 39.

Le résultat de l'étude de ces propositions est présenté ci-après, chaque fois que possible selon la même structure, à savoir dans un premier temps la position du groupe d'experts utilisateurs, suivie des décisions du COPIL en dates du 27 mai 2015 quant aux travaux à effectuer durant les mois de juin à août 2015, puis les résultats de ces travaux, et enfin, suite à ces résultats, les recommandations du COPIL à présenter au comité du RSNB.

8.1 Horaires et remplacements :

« Identifier les besoins en adaptation d'horaire de présence afin d'offrir une couverture qui convienne à la plus grande majorité des partenaires et qui permette de faciliter les remplacements »

Position du groupe d'experts utilisateurs

La demande du groupe d'utilisateurs est d'instaurer un système de remplacements au poste à poste et d'assurer une couverture par l'IDL sur tous les sites 5/7 et 8h-17h. Un ajustement des ressources en conséquence est nécessaire afin de permettre d'assurer la qualité et les flux des patients.

Dans la mesure du possible, éviter deux personnes à temps partiel dans le même service, car cela engendre une déperdition d'énergie et davantage de difficultés à assurer le suivi des patients.

Décision du COPIL en date du 27 mai 2015 quant aux travaux à mener durant l'été

Afin d'examiner les possibilités de répondre à la recommandation du groupe d'experts utilisateurs, le COPIL a demandé de chiffrer les ressources nécessaires supplémentaires par rapport à la couverture actuelle, et de proposer deux scénarios de solution d'amélioration de couverture.

Il rappelle que le collectif dans son ensemble doit porter le suivi du BRIO.

Résultats des travaux

Si la dotation supplémentaire de 1.2 EPT mentionnée au chapitre 2, page 8, permet d'améliorer clairement sur l'ensemble des sites (coordination Nord et Broye comprises) les possibilités de remplacements, le système reste fragile pour 2 raisons principales :

- 1) Le nombre de sites (11) à coordonner et le nombre de collaboratrices (19) exerçant leur activité à temps partiel augmentent le risque d'événements concomitants
- 2) La spécialisation de plus en plus grande de l'activité entre la liaison hospitalière et la coordination ambulatoire implique également une même séparation des compétences au sein du dispositif de remplacements, réduisant ainsi la dotation à disposition des coordinations.

Yves Kühne et Claire Neuville Kopp ont étudié la situation de manière approfondie. La réflexion se base sur une distinction au sein de l'organisation de l'activité de liaison et de la coordination. A ce propos, il est nécessaire de mentionner, à ce stade, qu'un poste de responsable de la liaison hospitalière, adjointe à la responsable du BRIO, a été créé avec l'accord du comité dans sa séance du 4 juin 2015 pour améliorer d'une part l'encadrement du personnel de liaison et, d'autre part, le suivi des bonnes pratiques cliniques dans le domaine (voir l'organigramme inclus dans l'annexe 7).

Deux options d'organisation de la liaison et la perspective du regroupement de la coordination sont présentées en séance de COPIL du 31 août 2015 (annexe 7).

Pour rappel, la Directive du Chef du Département du 8 décembre 2009 ne fixe pas une dotation minimale pour déployer les activités prévues dans le cahier des charges du Brio, mais une dotation maximale cofinancée par l'Etat de Vaud de 1.7 EPT par 1'000 habitants de plus de 75 ans (2.0 EPT pour le réseau RSRL), équivalente au 31 décembre 2014, pour la partie vaudoise (hors psychiatrie âgée), à 19 EPT. Dans la réalité, elle se situait au 31 décembre 2014, hors psychiatrie âgée et pour le périmètre vaudois, à 15.30 EPT (17.40 EPT en incluant la dotation pour la psychiatrie âgée du CPNVD et pour la Broye fribourgeoise, à savoir 3.70 EPT en deçà du maximum co-financé).

Option 1 : Ajustement des ressources de la liaison hospitalière

Cette première option prend en compte que les travaux menés dans le cadre du présent projet n'a pas fait l'objet d'une réduction du cahier des charges du Brio ou d'une éventuelle redistribution des tâches. Au contraire, il a été recommandé par le groupe d'experts utilisateurs de favoriser le déploiement des prestations de manière harmonisée dans l'ensemble du RSNB.

Le calcul de la dotation se base ainsi sur un besoin en ressources permettant d'assurer d'une part l'anticipation, la qualité des prises en charges et les flux des patients (anticipation des besoins lors de l'admission, suivi durant l'hospitalisation et orientation lors de la sortie), et d'autre part les remplacements.

Actuellement, la dotation par lit dans les services de médecine des hôpitaux de soins aigus (hors psychiatrie âgée) et des Centres de Traitement et de réadaptation (CTR) se situent à environ 45 lits par EPT (à l'exception du CTR de Chamblon où la dotation est historiquement plus faible) et entre 80 et 100 lits par EPT pour les services de chirurgie et d'orthopédie¹. Il ressort clairement que les ressources actuelles sur les sites sont trop faibles pour garantir un travail de qualité en continu, notamment au niveau de l'anticipation des besoins lors des admissions.

L'hypothèse cible principalement le renfort des ressources au niveau des services de médecine des soins aigus et des CTR, et tient compte des enjeux à venir tant au niveau du resserrement des durées de séjour hospitalières que des réflexions en cours sur la réadaptation. La proposition est de prendre comme base de calcul :

- 30 lits par EPT pour la médecine et les CTR
- 80 lits par EPT pour la chirurgie et l'orthopédie

La dotation de liaison passerait ainsi de **11.9 EPT** à **14 EPT**, incluant 2 EPT de remplacements (pour les détails par site, se référer à l'annexe 7).

L'augmentation budgétaire se situerait à environ CHF 240'000, dont 60% à charge des membres du RSNB, à savoir CHF 144'000 environ.

Option 2 : Optimisation de l'organisation de la liaison par la ventilation des dotations de remplacement sur les différents sites hospitaliers

Cette deuxième option vise un minimum d'impact financier sur les contributions des membres. L'hypothèse cible principalement le renforcement des dotations fixes sur les sites par une ventilation quasi complète des dotations de remplacements. La dotation de liaison sur les sites passerait ainsi de **8.7 EPT** à **11.7 EPT**. Une dotation supplémentaire de remplacement de 0.6 EPT devrait néanmoins être accordée pour garantir un minimum de ressources en cas d'imprévus importants.

L'augmentation budgétaire se situerait à environ CHF 70'000, dont 60% à charge des membres du RSNB, à savoir CHF 42'000 environ.

Cette proposition comporte néanmoins un certain nombre de risques et d'enjeux :

- Pas de remplacement poste par poste sur les sites pendant les vacances

¹

A titre d'exemple, la dotation du CTR de Blonay est de 25 lits pour 1 EPT.

- Maintien ou développement de compétences au sein des équipes soignantes pour les situations de retour à domicile « soins techniques simples » et/ou « reprise des mêmes prestations » (cf. point 8.3. « Prestations lors de retour à domicile »)
- Soutien des équipes soignantes sur les sites pendant les périodes de vacances
- Pas de vacances conjointes sur les sites où il y a des binômes d'IDL
- Freins au changement, notamment par l'attribution d'un poste fixe à des IDL qui avaient choisi un mode de travail transverse sous forme de remplacements
- Fragilité pour les remplacements sur les sites du Réseau Santé du Balcon du Jura (RSBJ) et de la Vallée de Joux (VDJ), ainsi que pour les absences longues durées

A noter que les deux options nécessitent l'installation de nouveaux bureaux sur les sites (avec équipement informatique).

Regroupement de la coordination

Dans la perspective du déménagement provisoire à Y Parc début 2016, puis dans des nouveaux locaux sur le site de Chamard au cours du deuxième semestre 2016, un regroupement de l'activité de coordination du Brio est prévu. Une seule équipe de coordination pour le Nord vaudois et la Broye sera constituée avec les objectifs d'améliorer l'efficacité du dispositif et d'assurer une réponse harmonisée 5 jours sur 7 de 08h00 à 17h.

La dotation des postes fixes de coordination ne devrait pas voir d'augmentation en 2016, à moins d'une volonté exprimée par le Copil dans le cadre d'un renforcement d'une prestation ou d'une harmonisation de déploiement. La dotation serait ainsi maintenue à **3.9 EPT**.

Dans le cadre du regroupement, certains enjeux et risques sont également à prendre en considération :

- Changements d'habitude et de certaines pratiques
- Maintien de la réponse de proximité pour les entretiens de réseau, les évaluations et les visites sur sites, malgré les distances
- Augmentation des déplacements
- Fragilité si pas d'adjonction d'une dotation de remplacement (y compris pour les sites RSBJ et VDJ). Une dotation complémentaire de 0.6 EPT permettrait de créer de la souplesse en cas de maladie et pour les absences dues aux formations. L'augmentation budgétaire se situerait à environ CHF 70'000, dont 60% à charge des membres du RSNB, à savoir CHF 42'000 environ
- Impacts de la mise en œuvre ou de la non mise en œuvre des mesures organisationnelles dans la liaison et de la gestion de cas sur la charge de travail de la coordination.

La Possibilité d'introduire les piquets entre 17h – 19h a été évoquée par certains partenaires. Celle-ci ne pourrait avoir lieu que suite à une réflexion plus approfondie.

Par ailleurs, afin de faciliter les remplacements, et ceci surtout lorsqu'ils ont lieu au pied levé, la responsable de la liaison hospitalière est en train d'élaborer un memo intitulé « Guide du routard », qui décrit pour chaque service les spécificités à prendre en compte lors de remplacements, avec tous les détails nécessaires pour pouvoir prendre la relève rapidement et de manière autonome (par exemple où sont les clés, la photocopieuse, quels tableaux consulter à quel moment...).

Recommandations finales du COPIL, selon séance du 5 octobre 2015

Le besoin de renforcer les ressources est admis par l'assemblée. La recommandation retenue serait de commencer par appliquer l'option 2, et viser dans un avenir envisageable de deux ans le déploiement de l'option 1.

Le déploiement de ces options serait suivi à travers la plateforme de coordination du Brio à créer.

8.2 Prestation d'orientation A vers B :

« Evaluer l'adéquation du retrait de la prestation d'orientation A → B demandé par les directions des institutions partenaires »

Position du groupe d'experts utilisateurs

Le groupe d'experts utilisateurs demande de maintenir l'intervention systématique par les IDL. L'expertise de ces dernières dans leur connaissance du réseau comme du processus de demande permet de vérifier l'adéquation du projet d'orientation, d'affiner les objectifs du lit B et de suivre les différentes étapes du projet. Elle offre une information de qualité aux patients et aux proches, et permet un gain de temps pour les équipes.

Décision du COPIL en date du 27 mai 2015 quant aux travaux à mener durant l'été

Le COPIL s'est rallié à la position du groupe d'utilisateurs, à savoir maintenir l'intervention du Brio dans la démarche de transfert A vers B et demande de travailler l'harmonisation du processus ainsi que l'amélioration continue.

Un retrait éventuel de l'intervention des IDL doit être toutefois gardé en réserve, pour le cas où des mesures d'économie seraient finalement décidées et nécessiteraient la réduction d'activité du Brio. A noter qu'il faudrait tenir compte à ce moment du transfert de charge de travail sur les équipes soignantes.

Résultats des travaux

L'examen de la procédure (voir lien indiqué en note de bas de page 11) et des pratiques des IDL par la cheffe de projet et la responsable de la liaison hospitalière met en évidence que la procédure est adéquate et mise correctement en pratique sur tous les sites (à l'exception de La Vallée, où cette prestation par ailleurs peu fréquente est assurée par l'ICUS, selon son choix). Il n'y a donc pas d'harmonisation à apporter, ni un besoin de relancer les collaboratrices du BRIO.

La régulation et l'amélioration continue des pratiques pourraient se faire sur la durée à travers la plateforme de coordination du BRIO à créer.

Recommandation finale du COPIL, selon séance 5 octobre 2015

Le COPIL recommande de maintenir cette prestation dans le cadre du cahier des charges du Brio, selon les procédures actuelles. L'exception faite à La Vallée est validée par le COPIL et reste du ressort du management des eHnv.

8.3 Prestations lors de retours à domicile :

« Dans le cadre de retours à domicile, revisiter les critères d'intervention en tenant compte des besoins du maintien à domicile, et identifier les bonnes pratiques qui en découlent »

Position du groupe d'experts utilisateurs

La recommandation du groupe d'experts utilisateurs est de confier aux équipes soignantes les interventions lors de retours à domicile (RAD) dans le cas de situations simples, selon des critères précis.

Décision du COPIL en date du 27 mai 2015 quant aux travaux à mener durant l'été

Dans un souci d'harmonisation des pratiques et étant donné que les critères existent déjà et sont appliqués dans le Nord, le COPIL demande de vérifier avec la Broye la possibilité de les appliquer aussi et de les tester. Il relève le fait que la délégation de certains RAD aux équipes par l'IDL leur permet de maintenir ou de développer un savoir-faire utile en cas d'absence d'IDL non remplacée.

Résultats des travaux

Dans le NORD, les critères de délégation des IDL aux équipes soignantes sont :

- Soins techniques simples (injections-pansements essentiellement)
- Reprise des mêmes prestations (si situation inchangée)

Dans un premier temps, il est apparu nécessaire d'identifier dans le cadre du HIB le volume de retours à domicile qui seraient « déléguables » selon ces critères, et gérés par les équipes soignantes.

Pour ce faire, les IDL des 3 services concernés (CTR Estavayer, médecine et chirurgie à Payerne) ont relevé durant les mois de juillet et août les situations qu'ils auraient pu déléguer selon les critères ci-dessus. Ce relevé révèle qu'environ un tiers des retours à domicile auraient pu être délégués. Plus précisément, les chiffres obtenus sont présentés par site et par critère dans l'annexe 8.

Dans un second temps, la poursuite du test était envisagée en confiant sur une période déterminée les situations déléguées aux équipes soignantes. Toutefois, de son côté, le HIB s'est positionné défavorablement quant à la poursuite de cette démarche, en fonction des arguments suivants :

- les équipes n'ont jamais géré les démarches en lien avec les retours à domicile, il s'agirait pour elles non d'un maintien mais d'un développement de compétences, nécessitant beaucoup plus de temps d'apprentissage
- l'inter-cantonalité spécifique à la Broye engendre un travail supplémentaire et plus complexe, dont il y a lieu de tenir compte
- dans ce sens, les IDL ont développé au fil du temps tout le savoir-faire spécifique relatif à cette situation, savoir-faire qu'il serait laborieux de transmettre aux équipes
- les équipes soignantes ne sont pas dotées en ressources suffisantes pour absorber un gros volume de prestations déléguées si tel devait être le cas, et, à l'opposé ne parviendraient pas à maintenir leurs acquis en cas de délégations peu fréquentes
- le système fonctionne très bien actuellement, et ce depuis longtemps, et un tel aménagement représenterait une régression vers des pratiques antérieures au Brio
- Il n'y a pas de raison pour que la Broye doive s'aligner sur les pratiques du Nord, cela pourrait aussi être l'inverse.

Etant donné le positionnement du HIB, les travaux n'ont pas été poursuivis. En effet, il faut tenir compte du fait que la mise en application des critères de délégation du Nord au sein du HIB représenterait un changement organisationnel important, qui devrait/pourrait plutôt être abordé dans un projet en soi, plus adapté aux spécificités et aux pratiques du HIB.

L'on peut toutefois mentionner ici le projet de fusion entre le SASDB (Service d'aide et de soins à domicile de la Broye (= Broye fribourgeoise)) et l'ABSMAD (Association broyarde pour la promotion de la santé et le maintien à domicile (= Broye vaudoise)) qui permet de se projeter vers une simplification et une uniformisation des pratiques autour des démarches à effectuer lors de retours à domicile dans les cantons de Vaud et de Fribourg.

Recommandations finales du COPIL en séance du 5 octobre 2015

Le COPIL recommande d'identifier les ressources supplémentaires liées à cette différence de pratique.

Si la prestation est poursuivie de manière systématique dans la Broye, la différence avec les bonnes pratiques déterminées demeure et des aménagements au niveau des ressources et du financement doivent être négociés entre les directions du RSNB et du HIB.

Une rencontre entre ces deux directions est proposée afin d'envisager un travail sur les processus de collaboration et d'étudier les éventuelles pistes d'amélioration tout en tenant compte des spécificités régionales.

8.4 Impacts des projets sur le rôle des IDL :

« Quels impacts sur le rôle des IDL ont/vont avoir les projets en lien avec la continuité des soins? (ex : Equipe Mobile CMS dans le Nord ou Urgences-RAD dans la Broye) »

Position du groupe d'experts utilisateurs

Le groupe d'experts utilisateurs ne s'est pas prononcé sur ce point. Les projets existants actuellement sont concernés surtout par les urgences et aucun représentant n'a été désigné pour faire partie du groupe.

Décision du COPIL en date du 27 mai 2015 et recommandations finales du 5 octobre 2015

Le but de ce point est de permettre de suivre les projets en cours ou à développer afin de mesurer leur impact sur le travail des IDL, et, le cas échéant, d'ajuster les prestations de chacun afin d'éviter les redondances, et de garantir l'adéquation des prestations offertes par les différentes entités. Pour ce faire le COPIL demande la mise en place d'un mode de veille active et de suivi des projets.

La proposition serait de suivre les projets au sein de la plateforme de coordination du Brio, et, entretemps, de tenir la responsable du Brio informée de toute nouvelle mise en place ou évolution.

8.5 Suivi des situations fragiles :

« Evaluer la pertinence de maintenir le suivi des situations fragiles dans le cadre de l'activité du Brio »

Le suivi des situations fragiles est une prestation qui fait partie de la directive cantonale sur le Brio et est déployée au sein du Brio Nord. En effet, l'article 4 stipule :

« Le réseau de soins formalise la collaboration par des conventions entre les partenaires concernés. Celles-ci précisent notamment les méthodes d'évaluation des situations, les informations minimales communes à partager entre les institutions et entre les professionnels de la santé, l'identification et le suivi de situations précaires à domicile, ainsi que les modalités de retour à domicile après un séjour hospitalier »

Et également, lors du Forum du 4 septembre 2014, point de vue des soins à domicile: « Le rôle de liaison évolue vers la coordination et la gestion du parcours/trajectoire des patients les plus fragiles et complexes »

Position du groupe d'utilisateurs

Au cours des échanges au sein du groupe d'experts utilisateurs, les participants issus de la région du Nord ont témoigné de l'utilité de cette prestation et ont manifesté leur satisfaction : offrir des espaces d'échanges et de réflexion entre professionnels dans un processus continu et interactif de questionnement afin de renforcer la cohérence des prises en charges, explorer toutes les alternatives possibles, et optimiser l'utilisation des ressources du réseau tout en permettant de relever le manque de ressources existantes sont les principales forces de ce suivi notamment pour favoriser le maintien à domicile et améliorer, voire anticiper la prise en charge des urgences médico-sociales.

Les participants issus de la Broye se sont montrés intéressés et désireux de voir cette prestation se développer également dans leur région, et ont souhaité dans un premier temps qu'une présentation soit proposée aux partenaires concernés.

Décision du COPIL en date du 27 mai 2015 quant aux travaux à mener durant l'été :

De son côté, le COPIL a mis ce souhait de côté et a demandé de revisiter les prestations données dans le cadre du suivi des situations fragiles, en commençant par un recensement des pratiques actuelles, complété par un contact avec le Réseau Santé Haut Léman (RSHL) afin de comparer les pratiques. Il attend ensuite des propositions de variantes, notamment versus la gestion de cas, ceci en respectant le cadre cantonal d'intervention du Brio.

Résultats des travaux

➤ Contexte et intentions

« Le vieillissement de la population et les changements épidémiologiques attendus (augmentation du nombre de malades chroniques, de personnes en incapacité fonctionnelle, de personnes souffrant de démence ou d'autres pathologies de la psychiatrie âgée) exhortent les acteurs de santé à développer de nouvelles stratégies de collaboration. D'une pensée encore verticale et « corporatiste », l'intervention des professionnels soignants devra tendre vers une approche plus horizontale (transverse) et multidisciplinaire. C'est dans ce cadre, et avec une volonté d'optimiser l'utilisation rationnelle des ressources, que s'inscrit cette démarche de collaboration entre les fournisseurs de soins et le Brio. »

Source : RSNB / Procédure de suivi inter institutionnel des situations fragiles/version 32 août 2009

➤ Recensement des pratiques actuelles : description

Afin de renforcer la cohérence de la prise en charge transverse des situations qualifiées de fragiles, une infirmière coordinatrice du Brio Nord collecte les nouvelles situations annoncées comme fragiles et évalue la pertinence de les admettre en tant que telles dans son suivi au travers de la grille de lecture et d'analyse utilisée par le Brio Nord (en annexe 9, voir aussi la procédure y relative selon le lien indiqué en note de page n°11).

Les situations peuvent être annoncées par tous les partenaires du réseau, mais de fait la plupart le sont par les IDL ou par les infirmières référentes des CMS. Par la suite, la coordinatrice du Brio recontacte régulièrement le ou la référent(e) professionnel(le) du client pour réévaluer ensemble les fragilités répertoriées, questionner les actions mises en place à ce jour, élaborer des pistes de réflexion et d'actions, visant à favoriser le maintien à domicile malgré la fragilité de la situation et/ou à préparer la personne concernée et son entourage à l'entrée en long séjour. Le suivi des situations fragiles offre un regard neutre et externe sur la situation qui est apprécié des professionnels en lien direct avec le client.

Par une approche systémique, le suivi des situations fragiles prend en compte la situation du client et de son entourage, notamment dans les situations de couples au sein desquels un des deux conjoints est fragilisé, en tenant compte d'emblée de la situation du conjoint en tant que pilier fort du maintien à domicile, pour agir vite en cas d'urgence médico-sociale, liée par exemple à une maladie ou au décès de ce dernier.

Lorsque la personne concernée fréquente un centre d'accueil temporaire (CAT) ou bénéficie des prestations d'Alzami ou autre, ces différents partenaires sont également contactés par téléphone pour faire part de leurs observations et échanger autour des objectifs fixés et de l'évolution de la situation.

Des comptes rendus de ces entretiens téléphoniques sont régulièrement insérés dans le dossier BRIOCHE de l'usager, permettant ainsi aux IDL sur les sites hospitaliers de prendre connaissance des informations en lien avec la fragilité de la situation et d'informer en retour la coordinatrice responsable du suivi des situations fragiles de l'hospitalisation de tel ou tel client. Il arrive qu'un entretien téléphonique ait lieu en amont de l'hospitalisation entre l'infirmière responsables du suivi des situations fragiles et l'infirmière de liaison afin d'anticiper dans la mesure du possible l'organisation de la sortie d'hôpital.

En principe la personne responsable du suivi des situations fragiles au Brio ne se déplace pas auprès du client. Elle agit toujours en seconde ligne sur la base des informations apportées par les différents partenaires qui travaillent en 1^{ère} ligne.

La coordinatrice tient ainsi à jour une liste de trente à quarante patients en moyenne pour toute la région du Nord. Il est à noter que ces derniers mois, face au manque de ressources devenu chronique à la coordination du Brio, il n'a plus été possible de promouvoir cette prestation auprès des partenaires du réseau comme c'était le cas précédemment. Ce suivi était plus actif quelques années en arrière, et totalisait pas moins d'une septantaine de dossiers ouverts uniquement sur la région d'Yverdon et environ.

En résumé, l'activité de la coordinatrice responsable du suivi des situations fragiles vise à :

- Permettre l'exploration des alternatives de soutien
- Améliorer la gestion coordonnée des urgences médico-sociales (voire les anticiper)
- Favoriser un processus continu et interactif de questionnement entre l'utilisateur, son entourage et les professionnels du réseau.

Pour l'heure, il faut mentionner que cette pratique de suivi des situations fragiles n'a pas encore été évaluée en se basant sur des indicateurs de suivi définis préalablement. Une telle démarche en favoriserait probablement la promotion.

A préciser encore que le suivi des situations fragiles est inclus dans la dotation de la coordination (plus de détails en page 24, pt « Qui finance ? »).

➤ **Suivi de santé au RSHL : processus d'intervention**

La cheffe de projet et la coordinatrice du Brio en charge du suivi des situations fragiles se sont rendues au RSHL pour rencontrer la coordinatrice du suivi de santé et l'infirmière responsable de la consultation de gériatrie ambulatoire (CGA), la présence de cette dernière étant due au fait de la forte collaboration entre son service et le suivi de santé.

Le suivi de santé consiste, en résumé, à favoriser le maintien à domicile des patients identifiés en situation complexe, à suivre leur évolution, et à assurer l'orientation, la coordination et le suivi de la prise en charge en collaboration avec les partenaires du réseau.

Contrairement au suivi des situations fragiles dans le Nord, le suivi de santé n'est pas rattaché au Brio et dispose d'une dotation ad hoc.

Les demandes de prise en charge par le suivi de santé parviennent essentiellement par les CMS (à savoir qu'environ 80% des situations sont suivies par le CMS), les IDL, les médecins traitants, ou la CGA. En effet, ne gardant pas les dossiers plus d'un mois, la CGA transmet souvent des patients au suivi de santé, qui, lui, intervient sur du long terme.

Toute demande parvient par le biais d'un formulaire transmis au suivi de santé sur la base de quatre critères, à savoir :

- Plus de 5 comorbidités
- Plus de 5 médicaments
- Incapacité fonctionnelle
- Une hospitalisation dans les 6 derniers mois

et selon 3 types d'alertes possibles, dans les domaines

- De santé
- Familial
- Social ou économique et administratif.

Il n'y a pas de critère d'âge, le suivi de santé prenant en charge une grande quantité de situations complexes en âge adulte.

Le suivi de santé évalue chaque demande, mais peut la mettre en attente selon sa charge de travail en cours.

Suite à l'acceptation de la demande, la coordinatrice se rend auprès du patient pour évaluer la situation à l'aide de l'outil d'évaluation spécifique « **INTERMED** »¹, dont le but est d'identifier la complexité de la situation du patient. Cet outil d'évaluation se base sur quatre axes (biologique, psychologique, social et système de soins), ces derniers étant chacun étudiés en fonction de l'anamnèse, de l'état actuel et du pronostic, et s'interprètent en fonction d'un total de points obtenus : les possibilités vont de 3 à 60 points, 21 points étant la limite à partir de laquelle la situation est considérée comme **complexe** donc éligible dans le suivi de santé.

En complément, la coordinatrice se réfère aux évaluations effectuées par les autres partenaires, et met ensuite en place sa stratégie d'intervention.

La coordinatrice n'exerce pas de soins directs au client, mais évalue, propose et coordonne diverses mesures visant à améliorer sa prise en charge. Son intervention peut être conséquente dans le début de la prise en charge, par exemple plusieurs jours de suite consacrés uniquement au démarrage du suivi, qui comporte la plupart du temps, en plus de l'évaluation, tout un travail avec le réseau primaire et secondaire pour désamorcer une crise. Par la suite, le suivi s'espace, et n'est activé qu'en cas d'alertes définies selon des critères propres à chaque situation et fixées en cours de route.

Dans certaines situations, la responsable du suivi de santé est également active au sein de l'hôpital, se substituant à l'IDL, lorsque la situation le nécessite. Elle est l'élément pivot de la situation pouvant mobiliser des partenaires divers, tels les assureurs, les employeurs, etc., en fait tous les professionnels impliqués de près ou de loin dans les situations. A ce titre, elle a également accès aux différents dossiers du patient (avec l'accord de ce dernier).

Pour bénéficier du suivi de santé, l'accord préalable du médecin traitant est nécessaire

La responsable du suivi de santé relève l'importance du travail en systémique : se connaître, se respecter et collaborer entre partenaires est essentiel. Par exemple, elle se rend chaque année dans chaque CMS pour se présenter, et repréciser les détails de son activité. L'assureur maladie est souvent impliqué et également considéré comme un partenaire.

En 2014, le suivi de santé a pris en charge 100 patients. Ce chiffre est en augmentation puisque déjà 61 demandes sont parvenues dans les 6 premiers mois 2015. Au niveau des ressources, l'expérience montre qu'un 1.0 EPT peut se charger en moyenne de 40 dossiers ouverts. Au vu de la charge que représente le démarrage des suivis, une nouvelle situation par semaine suffit, ce qui explique le temps d'attente occasionnel.

Au niveau qualitatif, la responsable met en avant la réponse à un besoin signifié par les partenaires, leur satisfaction d'être soulagés et soutenus dans les situations les plus difficiles, l'évitement d'un PLAFa, les résultats rapidement visibles, notamment au niveau du bien-être de la situation du patient et de son entourage en lien avec le désamorçage rapide de la crise. La responsable illustre ce dernier argument en mettant en évidence le temps limité à disposition des référents de situation au CMS pour gérer des situations de crise qui nécessitent souvent un temps de résolution allant jusqu'à plusieurs semaines, alors que, grâce à la capacité du suivi de santé d'investir parfois une semaine entière à la situation, la crise peut être levée en quelques jours seulement.

Par ailleurs la responsable relève l'utilité, voire la nécessité d'une position « méta » et de sa neutralité dans l'analyse et le suivi des situations.

La BRIOCHE est l'outil de suivi. Il n'y a pas de dossier papier. La saisie de données est possible au domicile du patient grâce à un ordinateur portable et une connexion à distance.

Le suivi de santé fait partie des projets du RSHL et n'appartient pas au Brio. Il est financé sous forme de projet par le canton et les partenaires. N'ayant pas de numéro de concordat, il ne facture aucune prestation. La vision pour la suite serait que le canton finance l'entier de ses activités.

¹ Documents trop lourds pour figurer en annexe, à disposition auprès du secrétariat du Brio

➤ Les questions qui se posent en lien avec les pratiques du Nord

Entente entre partenaires comme base à la mise en place d'un suivi de santé

Visiblement, les prestations données par le suivi de santé se recoupent avec certaines prestations d'autres partenaires, par exemple lors d'interventions à l'hôpital en collaboration avec les IDL, ou à leur place. Ou encore tout le travail de coordination pris en charge par le suivi de santé dont une partie se fait à la place du référent de situation du CMS (ou autre OSAD). La nécessité de se connaître et de bien collaborer a été relevée par la coordinatrice du suivi de santé. En cas de mise en place d'une prestation similaire au sein du RSNB, il serait nécessaire de tout mettre en œuvre au préalable pour fédérer les partenaires concernés afin de donner le plus de chance à un démarrage et un développement où chacun y voie une plus-value, et non une action intrusive ou critique.

Par ailleurs, la coordinatrice du suivi de santé précise qu'en plus de ne pas agir en première ligne, elle ne prend pas le « lead » des situations, notamment quand il y a collaboration avec un référent de situation du CMS. Ce point mériterait d'être clarifié, car la description qu'elle fait de ses activités semble correspondre à une partie du travail de référent au CMS, en tous cas tel qu'il est connu dans le Nord.

Assurances maladies

Les assurances maladies sont considérées comme partenaires avec qui la collaboration est excellente. Ceci pourrait s'expliquer entre autres par le fait que tout le travail fait par le suivi de santé n'est pas facturé, d'où par exemple un avantage évident pour l'assureur dans le cas où le suivi de santé prend le relais du référent de situation du CMS, qui, lui, facture ses prestations d'évaluation et certaines prestations de coordination. Qu'en serait-il si le suivi de santé facturait ses prestations ? On peut imaginer que les assureurs pourraient se prévaloir d'avoir leur propre Case manager, mais sans pouvoir garantir la neutralité, l'équité et la transparence.

Par ailleurs, l'absence de numéro de concordat est-il un argument suffisant à terme pour ne pas facturer à l'assureur des prestations qui rentrent dans le cadre de la LAMAL ? Et, pour la même raison, pourquoi viser un financement unique par le canton, sans facturation à l'assurance ? Il y aurait lieu de questionner le SSP sur son positionnement à ce sujet.

Critères d'admission au suivi de santé et liste des situations fragiles

Les usagers de la liste des situations fragiles du Nord sont-ils compatibles, ou partiellement compatibles avec les critères du suivi de santé ? En cas de décision de développer une prestation du même type dans le Nord, peut-on partir du principe que les critères sont similaires ou en tous cas approchants, et que les patients fragiles seraient également ceux qui seraient concernés par le suivi de santé ? La cheffe de projet et la coordinatrice du Brio Nord en charge du suivi des situations fragiles ont passé en revue les données médico-sociales de ces dernières et les ont analysées à la lumière des quatre critères d'admission au suivi de santé. Les résultats sont les suivants :

- Ces dernières années, en moyenne 30 à 40 situations font partie de la liste des situations fragiles. Toutefois, au vu de la charge de travail croissante à la coordination du Brio Nord, la coordinatrice a manqué de temps pour tenir à jour tous les dossiers. Par ailleurs, certains de ceux-ci-ci dataient de plusieurs mois, voire années et les informations recueillies dans le cadre du suivi des situations fragiles ne sont pas directement superposables à celles recherchées lors du suivi de santé du RFSHL ; il n'a donc pas toujours été possible d'obtenir l'ensemble de l'information souhaitée (par exemple les comorbidités présentes, ou hospitalisation dans les 6 derniers mois)
- Sur 30 dossiers examinés, 12 remplissent les 4 critères d'admission au suivi de santé, 13 ne remplissent que 1 à 3 critères, et les 5 autres n'en remplissent aucun.
- Tous les dossiers examinés ont été annoncés par les CMS de la région. Il apparaît que les pratiques de ces derniers quant à l'annonce au BRIO d'une situation fragile ne sont pas similaires, malgré la grille d'identification en vigueur. En effet, on observe que certains CMS anticipent davantage les situations et adressent au Brio des situations en voie de fragilisation mais pas encore en crise (ce sont les CMS qui ont une certaine ancienneté

avec cette pratique), alors que d'autres CMS adressent des situations plus fragilisées ou déjà en crise, présentant davantage de critères parmi les 4 critères du suivi de santé. En cas de mise en application d'une forme de suivi de santé dans le Nord, ou même en cas de poursuite de la situation actuelle, il y aurait lieu de revoir avec les CMS d'une part l'information et la promotion de cette prestation, mais également la signification des critères cochés dans la grille afin de garantir des pratiques harmonisées.

- 12 situations sur 30 remplissent les 4 critères d'admission au suivi de santé, ce qui est un chiffre proportionnellement significatif. On peut supposer par conséquent que ces 12 patients pris en charge en tant que fragiles par la coordinatrice du Brio Nord seraient pris en charge au RSHL par le suivi de santé. Dans ce cas, il est clair qu'une partie des mêmes activités incomberait au suivi de santé au RSHL comme au Brio dans le Nord. Dans ce contexte, il serait intéressant de poursuivre plus loin la réflexion en s'interrogeant sur les avantages et inconvénients de rattacher la mise en place d'une forme de gestion de cas au sein du RSNB, ou de la maintenir dans le cadre du Brio. Et imaginer également le modèle qui serait le plus efficient, peut-être encore différent du suivi de santé ou des situations fragiles.

INTERMED

Suite à l'étude de la liste des situations fragiles versus les critères d'admission au suivi de santé, la cheffe de projet et la coordinatrice du Brio Nord ont tenté d'examiner les situations fragiles en regard des items de l'outil INTERMED.

Il est à noter que cet outil a été élaboré avec une approche de psychiatrie adulte (Prof. Stiefel, service de psychiatrie de liaison du CHUV), qui semble tout à fait approprié pour le suivi de santé du RSHL puisqu'une grande partie des situations suivies relèvent de l'âge adulte de contexte psychosocial. Nous n'avons pour l'heure pas connaissance d'une version INTERMED qui conviendrait davantage à d'autres types de situations, par exemple la gériatrie, les maladies chroniques, ou encore le handicap mental.

La liste des situations fragiles du Brio Nord révèle de son côté une quasi-totalité de situations en âge AVS, et une grande majorité de personnes du grand âge, 80 ans ou plus. Ainsi, une version d'INTERMED adaptée davantage à la gériatrie et la psycho-gériatrie serait vraisemblablement plus adéquate dans le Nord. Par ailleurs, une question se pose, à savoir dans quel contexte sont prises en charge les situations adultes complexes et en crise dans le Nord, puisqu'elles n'apparaissent pas ou peu dans la liste des situations fragiles ? Egalement, est-ce qu'un outil de la **famille RAI** pourrait jouer ce rôle d'identification ?

D'autre part, la tentative de passer les situations de la liste des fragiles au crible des questions d'INTERMED afin de révéler la compatibilité ou non entre les deux démarches n'a pas été possible. En effet, les données existantes dans les dossiers des situations fragiles en cours ne contiennent pas toutes les données nécessaires. Il apparaît évident que le recueil de données d'INTERMED ne peut être rempli que sur le moment même auprès du patient et en possession d'un certain nombre de données médicales.

Toutefois, à ce jour trois nouvelles situations parvenues dans la liste des fragiles ont permis de remplir le formulaire INTERMED, la coordinatrice étant en possession de toutes les données nécessaires. Deux de ces trois situations rentrent largement dans les critères du suivi de santé puisqu'elles totalisent respectivement 37 et 32 points ; la troisième situation ne remportait que 16 points et était par ailleurs à la limite minimale d'entrer dans les critères des situations fragiles.

Il y a lieu toutefois d'être prudent dans l'interprétation de ces scores au vu du fait que la grille INTERMED a été remplie par la coordinatrice du Brio Nord, qui n'est pas formée à son utilisation. On ne peut donc pas garantir que l'interprétation de certaines questions corresponde totalement à la méthode enseignée.

Coordination renforcée versus gestion de cas

Le « schéma du processus et des outils du Guichet Intégré Vaudois » (SSP, Brigitte Barussaud et Eliane Deschamps, version 08.09.2014) présente 3 niveaux de situation de la personne :

- Situation de personne robuste (aucun besoin de prestation)
- Situation à haut risque de déclin fonctionnel nécessitant une coordination renforcée
- Situation complexe nécessitant une gestion de cas

Le RSHL a mis en place une forme de gestion de cas nommée « suivi de santé », mais ne déploie aucune démarche spécifique entre les situations robustes et ce dernier. Aucune mise en place de prestations particulières n'est nécessaire, selon la coordinatrice du suivi de santé. On peut donc en déduire que les autres partenaires du domaine médico-social assument les prises en charge jusqu'à la nécessité d'avoir recours au suivi de santé.

De son côté, la coordinatrice des situations fragiles au Brio Nord situe son activité comme une forme de coordination renforcée, et le RSNB n'a pour l'heure pas déployé de gestion de cas en tant que tel. Toutefois, au vu des éléments présentés ci-dessus, la question se pose d'identifier plus précisément la mesure dans laquelle cette coordination renforcée contient une partie de ce qui peut être compris dans la gestion de cas. L'étape suivante consisterait à se demander si la coordination renforcée déployée dans le Nord sous forme de suivi des fragiles répond suffisamment aux besoins des patients, de leur entourage et des professionnels impliqués. Ou y aurait-il lieu de mettre en place une gestion de cas en complément du suivi des fragiles, ou à sa place? Quoi qu'il en soit, il serait indispensable de partir des besoins de chacun des acteurs.

Qui finance ?

Le suivi de santé du RSHL est actuellement financé par les partenaires du réseau et le canton, à côté et en plus du Brio. De son côté, le suivi des fragiles dans le Nord est inclus dans le financement du Brio. Etant donné certaines similitudes évidentes quant aux prestations données, il devrait y avoir lieu de se questionner sur le bien-fondé d'extraire le financement du suivi des situations fragiles du Brio et d'opter pour un financement d'une forme similaire au RSHL.

Par ailleurs, le suivi des situations fragiles incombe à une coordinatrice du Brio, qui ne bénéficie pas d'une dotation spécifique. La coordination du Brio Nord Broye ayant une dotation qui ne croît pas en regard des situations toujours plus complexes à gérer, il devient de plus en plus difficile d'extraire du temps dans le quotidien pour assurer une bonne gestion de ces suivis.

En l'état, cette situation n'est pas satisfaisante, et il conviendrait, dans le cadre des décisions à prendre pour la suite, d'assurer les ressources suffisantes afin de garantir un bon déploiement des prestations choisies, que cela ait lieu à l'interne du Brio ou à l'externe.

➤ **Pistes de réflexion et d'évolution**

En partant toujours des besoins des différents acteurs, patients, entourages, professionnels, et tenant compte des positionnements des payeurs:

- Enquêter auprès des professionnels les plus concernés : médecins traitants, CMS, CAT pour identifier leurs besoins en lien avec l'identification et le suivi des situations fragiles et/ou complexes.
- Vérifier auprès du SSP les intentions dans ce domaine pour le futur.
- Parmi d'autres possibilités, plusieurs formes de séquençages seraient à discuter:
 - Maintien de la situation actuelle, à savoir un suivi de situation fragile seulement (mais revoir les ressources qui sont actuellement insuffisantes)
 - Renforcer le suivi de situations fragiles (coordination renforcée plus large, concept à définir)
 - Une seule forme de suivi, pour cas complexes = gestion de cas
 - Un suivi de situations fragiles (ou coordination renforcée) + gestion de cas
 - Ou.....

- Etudier les avantages et les inconvénients de maintenir ce type de prestation dans le cadre du BRIO ou de l'en extraire.
- Examiner le bien-fondé et la possibilité d'intégrer la suite de cette démarche dans le cadre du projet TIO « N° unique médico-social ».

➤ **Que fait-on dans l'immédiat ?**

En attendant les décisions à prendre pour l'avenir en lien avec la mise en place d'une gestion de cas, le COPIL se soucie de la situation actuelle : comme mentionné ci-dessus, le suivi des situations fragiles dans le Nord est en perte de vitesse au vu du manque de ressources à disposition. Deux alternatives provisoires sont discutées en séance du 5 octobre :

- Mettre cette prestation en veilleuse en attendant les décisions futures
- Accorder un renforcement de ressources afin de permettre de maintenir cette prestation dans le Nord dans de bonnes conditions et de la mettre en place dans la Broye.

Etant donné la satisfaction exprimée des acteurs concernés par cette prestation dans le Nord (selon le groupe d'experts utilisateurs), et compte tenu du fait que la directive cantonale concernant le Brio (annexe 2, p.2, pt 4) ainsi que la description de fonction du Brio (annexe 4, p. 25 pt 4.5) indiquent un rôle clair à jouer par le Brio dans l'évaluation et le suivi des situations fragiles, le COPIL opte pour une recommandation allant vers le maintien de la prestation dans le Nord et sa mise en place dans la Broye.

Pour ce faire, un besoin en ressource supplémentaire est estimé à 0.5 EPT, équivalent à environ CHF 58'000. Selon la règle de répartition en vigueur, le 60% de cette somme incombant aux partenaires du réseau se monterait à environ CHF35'000.

Cette augmentation de ressources attribuée à la coordination du Brio compléterait l'augmentation recommandée pour les IDL en pt 8.1, option 2, p. 14, d'une valeur de CHF 70'000 (CHF 42'000.- à la charge des partenaires). Au total, une augmentation de ressources de CHF 128'000 est ainsi recommandée par le COPIL, dont environ CHF 77'000 à charge des partenaires du réseau.

Précisons encore que le regroupement futur des deux coordinations (voir pt « Regroupement de la coordination », p.15) qui doit permettre « d'améliorer l'efficacité du dispositif et d'assurer une réponse harmonisée » représente un levier pour renforcer cette prestation et la développer dans la Broye.

Recommandations finales du COPIL en séance du 5 octobre 2015

Le COPIL recommande de poursuivre ces réflexions pour l'avenir et de répondre aux questions évoquées ci-dessus au travers du développement du projet TIO (Trajectoire-Information-Orientation) mené dans le cadre du projet OSRIC (Organisation sanitaire régionale intégrée et coordonnée), en incluant le Brio dans les réflexions.

Dans l'intervalle, le COPIL recommande le maintien du suivi des situations fragiles dans le Nord et son élargissement dans la Broye, avec un renforcement des ressources de 0.5 EPT.

8.6 Prestations lors de demandes de logements protégés :

« Evaluer la pertinence de maintenir la prestation de coordination lors de demandes de logements protégés dans le cadre de l'activité du BRIO »

La « Description de fonction du Bureau régional d'information et d'orientation », point 2, alinéa 2.4 précise :

« Dans le cadre des logements protégés conventionnés avec le SASH, le BRIO sera de plus en plus intégré dans les commissions d'admission et le suivi des locataires ».

Position du groupe d'utilisateurs

Tout en relevant que les appartements protégés appartiennent au domaine privé, le groupe d'experts utilisateurs s'est positionné favorablement dans sa séance du 31 mars 2015 pour la poursuite de la prestation du Brio.

En effet, afin de rester conséquent avec son positionnement de maintenir et développer le suivi des situations fragiles, le groupe a estimé logique de se positionner pour le maintien de la prestation du Brio lors de demandes d'admissions en logements protégés, tout comme pour le maintien de la promotion et de certaines interventions en CAT, ces deux domaines relevant essentiellement de personnes en situation fragile ou précaire, en général âgées et en perte d'autonomie.

Dans ces deux cas de figure, tout comme lors du suivi des situations fragiles, le rôle du Brio est reconnu par le groupe comme central pour participer à l'évaluation et à l'orientation, afin d'aider la personne et son entourage à anticiper toutes les étapes de son projet de vie de manière la plus adaptée à la situation, ceci en collaboration avec les partenaires concernés du réseau de soins.

Par ailleurs, de par son intervention dans ces différents contextes, le Brio participe à l'utilisation optimale des différentes structures intermédiaires.

Toutefois, le groupe a estimé que l'interventions du Brio ne devrait pas être systématique lors de demandes d'appartements protégés, mais devrait rester « à la demande », selon des critères définis et un financement convenu.

Décision du COPIL en date du 27 mai 2015 quant aux travaux à mener durant l'été

De son côté, le COPIL a demandé de déterminer le rôle du Brio et les modalités de collaboration lors de demandes de logements protégés, en recensant les critères existants et les modes de faire, et en proposant une (des) procédure(s) de préavis d'admission. Les résultats devront ensuite être soumis en séance de la plateforme SAMS.

La cheffe de projet, la responsable du Brio ainsi que deux infirmières de la coordination du Brio se sont réunies en séance pour faire le point de la situation et imaginer les meilleures solutions à proposer pour la suite.

Résultats des travaux

➤ **Recensement des critères et pratiques existantes**

Dans le courant du mois de juillet, la responsable du Brio a contacté par mail toutes les structures qui offrent des logements protégés, afin de leur demander leur documentation existante ainsi que leurs conditions d'admission. Bien que pour l'instant seulement une dizaine de réponses soit parvenue, les formulaires fournis (formulaires de demande location, d'admission, d'attribution d'un appartement protégé...) présentent une grande disparité quant aux renseignements demandés au futur locataire, allant d'un simple questionnaire administratif à un recueil de données permettant déjà une forme d'évaluation de la situation de la personne.

Actuellement, la sollicitation au Brio est très irrégulière d'une structure de logements protégés à l'autre. Certaines ne font jamais appel au Brio, d'autres pourraient le faire occasionnellement mais le sollicitent peu ou pas, et d'autres encore le font systématiquement. Il faut préciser que l'Etat

demande l'intervention du Brio ou du CMS pour pouvoir bénéficier de l'aide individuelle et de l'aide à la pierre.

Le Brio répond à toutes les demandes qui lui parviennent. En principe chaque personne est vue par l'infirmière de coordination attitrée à la structure en question. Cette dernière évalue sa situation de manière bio-psycho-sociale selon une grille d'admissions élaborée par l'équipe du Brio (annexe 10) et qui sert ensuite de support à la décision quant à l'adéquation de la demande et de l'orientation dans la structure souhaitée, tout en vérifiant également qu'elle réponde aux attentes du futur locataire. Chaque fois que possible, les autres professionnels impliqués dans la situation, en particulier les référents des SAD, sont sollicités et participent à la démarche. La coordinatrice du Brio donne alors un préavis, qui va permettre à la COMAT (Commission d'Admission) de se positionner en complément aux autres critères qui lui sont propres, en particulier en ce qui concerne la situation financière.

Lorsque le temps d'attente pour entrer dans le logement choisi est trop long, le Brio cherche des alternatives avec la personne et réévalue à terme sa situation pour vérifier que le projet est toujours adéquat.

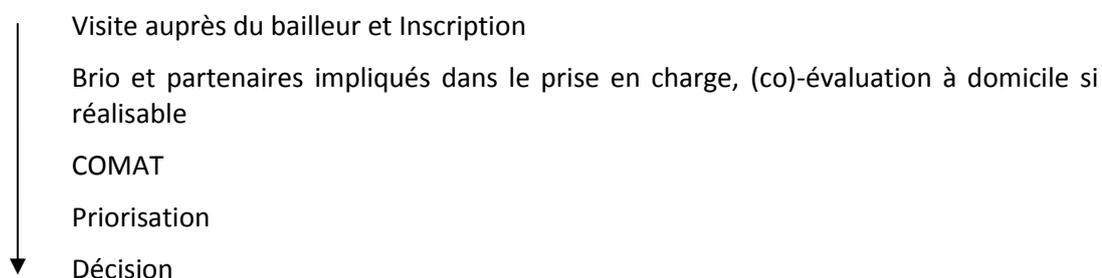
Chaque structure travaille avec une COMAT, qui valide les admissions, et suit l'évolution des situations des locataires grâce à des séances ayant lieu à des fréquences régulières.

Un élément particulier est à prendre en compte, et ceci dans les cas de figure où la gérance se positionne négativement sur l'admission d'un locataire au vu de sa situation financière incompatible. Sans l'intervention du Brio, il y a de fortes chances pour que la situation de la personne ne soit jamais résolue, et que son problème de solvabilité ne soit que déplacé plus loin. Dans ce cas de figure, l'intervention du Brio lui permettrait d'assurer sa mission d'orientation, par exemple en adressant la personne à une assistante sociale (Pro Sen ou CMS par exemple), afin de lui donner toutes les chances de trouver des solutions à ses difficultés ou de lui proposer une alternative pour son projet.

Le Brio est en possession d'une procédure détaillée (voir le lien indiqué en note de page 11), dont le but est d'« Evaluer l'adéquation des demandes de logements protégés, et prioriser les attributions en optimisant les délais ». Sur cette base, le Brio, lorsqu'il est sollicité, œuvre de manière transverse et avec une vue globale de la situation, versus les autres situations en attentes, ou versus une orientation vers un autre type d'appartements protégés plus adapté à la situation de la personne.

Toutefois, cette procédure, bien qu'idéale selon ses utilisatrices, ne peut pas être appliquée partout, notamment au vu de la quantité importante de nouveaux logements apparue dernièrement sur le marché et amenant trop de situations à évaluer dans un délai très court.

En résumé, le processus est le suivant :



Lorsque le CMS est appelé à intervenir dans certaines structures, son évaluation est axée sur le niveau d'autonomie et les besoins d'aide et de soins du futur locataire pour vivre dans son nouveau logement. Cette évaluation est donc différente de celle du Brio, elle-même basée sur l'adéquation du projet de vie en logement protégé. Selon les structures, le Brio et le CMS participent ainsi de manière complémentaire à l'admission de la personne dans son logement, alors que dans d'autres structures, c'est soit le Brio soit le CMS qui est sollicité. Cet état de fait illustre un manque de critères d'intervention et la nécessité de clarifier le recours à ces deux instances sous forme de procédure harmonisée.

Dans ce contexte, l'intervention du CMS soulève également la question de son positionnement. En effet, étant donné qu'il est généralement désigné en tant que prestataire de soins suite à l'évaluation, il peut être considéré comme étant juge et parti, et par conséquent manquer de neutralité dans son regard sur la situation.

Par ailleurs, il semblerait qu'il existe dans le public et parmi certains professionnels une confusion entre appartements adaptés et protégés, ce qui peut induire des orientations inappropriées. Dans le cas d'une promotion ou simplement dans le cadre de l'information de la part du Brio, il est essentiel d'illustrer la différence afin de permettre à chacun de se faire une juste représentation des différents types de structures existants, sachant également que les prestations proposées d'une structure à l'autre peuvent être très différentes, ainsi que les coûts inhérents à la location et aux dites prestations (loyers PC compatibles ou non).

Enfin, nous pouvons relever que le Brio, de par sa connaissance des différentes structures, son regard neutre et sa capacité d'évaluation pointue, permet une optimisation de l'occupation des appartements protégés en fonction des spécificités de ces derniers et des besoins des futurs locataires. Par extension, on peut attendre de lui qu'il fasse remonter au RSNB et au canton le manque éventuel de certaines structures ou prestations spécifiques dans ce domaine.

➤ **Financement**

Il y aura lieu également de soulever l'aspect du coût de la prestation avec les structures de logements protégés. Ce sont actuellement les partenaires du RSNB (Hôpitaux, EMS et CMS) qui financent les prestations du Brio via leurs subventions annuelles, et il semblerait normal que les propriétaires des logements protégés financent les prestations dont ils sont bénéficiaires.

Dans le but de ne pas mettre le Brio et le CMS en concurrence et éviter le recours à l'un ou à l'autre en fonction des tarifs requis, le financement devrait être identique, que l'évaluation soit effectuée par le Brio ou par le CMS. Notons encore qu'actuellement, les interventions du CMS ne sont pas facturées, ce qui ne paraît pas correct dans le cas où les prestations définies auprès du nouveau locataire seraient attribuées à une autre organisation de soins à domicile.

Plusieurs propositions pourraient entrer en ligne de compte et devront être discutées, par exemple :

- Un forfait annuel ou mensuel par nombre de logements ou nombre de locataires
- Un forfait par prestation
-

Le risque qui suit la mise en place d'une participation financière est un probable refus de certaines structures de faire appel au Brio, refus qu'il y aurait lieu de prendre en considération en mettant en évidence la plus-value de la prestation.

➤ **Au niveau des ressources**

Actuellement, cette prestation est réalisée dans le cadre des dotations disponibles du Brio. Le déploiement formalisé de cette prestation par le Brio nécessiterait un ajustement des ressources, lesquelles devraient être estimées et organisées en fonction des critères d'intervention qui seront proposés dans la suite des travaux.

➤ **Propositions pour la suite**

En regard de son rôle neutre d'évaluation, d'information et d'orientation médico-sociale et toujours dans un souci d'appréhender la situation des personnes dans une vision globale, le Brio souhaite pouvoir intervenir auprès de chaque structure de logements protégés, et cela selon une même et unique procédure qui conviendrait à chacun.

La piste émise pour questionner les partenaires qui proposent des logements protégés et affiner la collaboration est la suivante:

- Revoir la procédure existante (du moment qu'elle convient au Brio) et y intégrer les clarifications requises quant aux rôles du Brio et du CMS ainsi qu'au mode de financement prévu.
- Réunir ces partenaires, leur présenter la procédure et la valider avec eux.

Recommandations finale du COPIL en séance du 5 octobre 2015

Les recommandations à émettre pour aller plus avant ne sont pas du ressort du COPIL ni de la plateforme SAMS dans un premier temps.

Le COPIL recommande que M. Y. Kühne se charge de réunir les partenaires qui offrent des logements protégés afin de leur présenter et valider avec eux une procédure d'interventions harmonisée ainsi que les modalités de financement qui en découlent.

8.7 Modalités de collaboration avec les CAT :

« Revisiter et harmoniser les modalités de collaboration entre le BRIO et les prestataires de CAT »

Forum de la Cores du 4 septembre 2014, point de vue des CAT : « Lorsque le Brio est intégré rapidement dans les situations, les étapes se font avec plus de fluidité, il y a moins de situations d'urgence et les places sont repourvues »

Position du groupe d'experts utilisateurs

Le groupe d'experts utilisateurs fait un lien avec le suivi des situations fragiles, estimant que les usagers des CAT sont essentiellement des personnes en situation fragiles ou précaires. Compte tenu de ce lien et étant donné son positionnement favorable à un déploiement plus large du suivi des situations fragiles, le groupe estime qu'il est logique de renforcer les collaborations entre le Brio et les CAT.

Décision du COPIL en date du 27 mai 2015

Le COPIL a décidé de ne pas mener d'actions spécifiques durant l'été, mais d'attendre les actions déterminées par la plateforme SAMS concernant les CAT.

Recommandations finale du COPIL en séance du 5 octobre 2015

La plateforme SAMS mise en place se confirme être la bonne instance pour prendre en main cette question.

Le COPIL va dans le sens de maintenir l'intervention du Brio auprès des CAT.

8.8 Communication avec les services :

« Déterminer les bonnes pratiques du BRIO et de ses partenaires afin de favoriser une communication fluide et efficace dans les deux sens »

Position du groupe d'utilisateurs

Lors du débat sur ce sujet en séance de groupe d'utilisateurs, les éléments suivants ont été mis en évidence :

- L'essentiel est de se connaître, de se voir régulièrement, de se parler.
- L'organisation de visites au Brio pour les collaboratrices des institutions apparaît comme un point de départ pour ancrer les relations interprofessionnelles.
- L'harmonisation de tout ce qui est possible est souhaitée, afin notamment de faciliter les remplacements.

Décisions du COPIL en date du 27 mai 2015 quant aux travaux à mener durant l'été

Les décisions du COPIL suite aux réflexions du groupe d'utilisateurs sont les suivantes :

- Recenser les espaces de communication existants
- Elaborer avec la responsable du Brio ou son adjointe des propositions à soumettre au COPIL
- Prévoir de les challenger avec les partenaires concernés.

Résultats de travaux

➤ **Recensement auprès des IDL**

Dans un premier temps, toutes les collaboratrices IDL ont reçu un tableau les invitant à identifier les différents espaces de communication utilisés avec leur service, et la satisfaction qui en découle.

Globalement, il en résulte que les IDL se montrent satisfaites de la communication avec leur service et des moyens mis en place pour s'adapter à ses spécificités.

Les modes de communication principaux suivants sont relevés:

○ **SOARIAN**

La grande majorité des IDL n'est pas satisfaite de l'utilisation par les équipes soignantes de SOARIAN : les rubriques qui les intéressent ne sont pas toujours remplies ou actualisées par les services, et les rubriques alimentées par les IDL ne sont pas toujours lues par ces derniers. Pour les IDL, les saisies dans SOARIAN sont souvent réalisées à double avec celles inscrites dans la Brioche. A relever que sur certains sites, SOARIAN est utilisé depuis peu, ce qui amène des difficultés de saisie et de collaboration (par exemple qui des IDL ou du service initie le DMST à remplir, et comment se transmettre qu'on l'a fait).

Le fait que le remplissage des rubriques de SOARIAN ne se fasse pas systématiquement par les différents professionnels induit des insécurités et des doublons d'activités : il faut non seulement aller voir dans le programme si les informations s'y trouvent, mais en plus vérifier/consulter les moyens de communication mis en place parallèlement pour pallier à ce manque, tels un agenda ou un tableau dans le bureau infirmier, le dossier papier ou la maxi-carte du patient, sans oublier en plus de consulter PREDIMED pour relever les ordres médicaux.

En résumé, sur la plupart des sites, le dossier patient SOARIAN ne permet pas de communiquer de manière satisfaisante et sécuritaire. Il est à relever par ailleurs que les infirmières des services font le même constat. Sur plusieurs sites, les médecins n'ouvrent pas SOARIAN et ne travaillent que sur le dossier papier des patients.

L'introduction de SOARIAN se fait de manière échelonnée sur les différents sites, qui, de plus, intègrent l'utilisation de son contenu item par item. Il n'y par conséquent aucune harmonisation de son intégration, et chaque IDL doit se glisser avec son équipe dans le phasage du déploiement de cet outil. Cet état de fait ne facilite pas les remplacements.

A noter ici les travaux en cours au niveau cantonal mentionnés plus haut, qui proposeraient un « formulaire Idéal » compatible SOARIAN-CHUV-FHV, et qui permettrait aux IDL de suivre toutes les étapes du projet A ou B tout en alimentant directement la Brioche, évitant ainsi les doublons de saisies.

- FAX

Un groupe de travail à l'interne du Brio est en train de plancher sur les différents fax émis afin d'harmoniser le plus de documents possibles. C'est un moyen de communication sûr, qui permet une trace, et une réponse simplifiée de la part du destinataire, puisqu'il peut réutiliser le fax reçu pour faire parvenir sa réponse. Le résultat (ou fin des travaux) est prévu pour la fin de l'année.

- Téléphones

Apprécié pour la rapidité de communication et la spontanéité, le téléphone ne permet pas de tracer les informations échangées. Les collaboratrices du Brio doivent se référer au mot d'ordre : une action significative = une note dans le Brioche.

- Mails

Les mails sont utilisés par toutes les collaboratrices entre elles, et certaines s'en servent également pour transmettre des informations simples au service. Etant donné qu'il s'agit d'un réseau non sécurisé, les communications ne se font pas par le nom des personnes mais par leur numéro d'utilisateur dans la Brioche.

- Plan journalier/ensemble des patients de la journée

Ce plan est rempli par voie informatique par les services. Chaque IDL le consulte en début de journée, afin de prendre connaissance des entrées et sorties des patients, et l'utilise comme support d'échanges au sujet de ces derniers lors de son passage dans le service. Ce plan est essentiel comme base de travail quotidienne. Il nous semblerait toutefois que son utilisation mériterait d'être vérifiée et validée au niveau de la protection de données.

- Tableaux blancs dans les bureaux infirmiers

Chaque service affiche un tableau blanc effaçable destiné à la communication interne et à l'IDL, mais à chaque endroit l'usage qui en est fait est différent, le type d'informations inscrites étant très variable, par exemple des rendez-vous fixés pour les patients avec des spécialistes, les dates prévues de retour à domicile ou de transfert. En lien avec ces tableaux et au vu du fait qu'ils sont effaçables, on peut relever en plus d'une redondance de saisies, un risque de perte d'informations.

La question pourrait se poser sur l'utilisation de ces différents outils qui demandent d'être mis à jour et engendrent un travail supplémentaire et redondant. Pourquoi sont-ils encore utilisés alors que le dossier du patient SOARIAN contient la plupart de ces informations ? Peut-être qu'un renforcement des pratiques par des séances de formations supplémentaires sur SOARIAN permettrait d'utiliser ce nouvel outil de manière plus efficiente et de se passer à terme de certains tableaux aux informations redondantes...

- Contacts directs informels

Partout, les contacts directs informels sont nommés comme essentiels, mettant en valeur l'importance du passage de l'IDL dans le service ainsi que la proximité de son bureau.

- Colloques pluridisciplinaires ou de liaison

Ce point est traité plus loin comme proposition d'amélioration en tant que telle.

- Mini-rencontres avec ICUS ou infirmières du service

C'est surtout dans les services de chirurgie et orthopédie que ces rencontres sont capitales, car elles permettent d'échanger autour des situations des patients là où les colloques pluridisciplinaires ne sont pas possibles.

- Communication entre IDL

Les IDL inscrivent tous leurs informations suite à l'anamnèse faite auprès du patient sur un recueil de données infirmières (RDI). Or, chacun a mis en place ses propres rubriques sur sa trame de RDI. A ce sujet, le projet de création du « Formulaire Idéal » apporterait une standardisation des saisies auprès de chaque IDL.

➤ Rencontres sur sites avec les cadres

Dans un second temps, la cheffe de projet et la responsable de la liaison hospitalière se sont rendues sur les différents sites pour compléter et mettre l'avis des services en regard des éléments relevés par les IDL. Les entretiens se sont déroulés en présence des cadres et/ou cadres intermédiaires des sites ou services. Ils ne comportaient que des questions ouvertes, ce qui a permis à chaque interlocuteur de s'exprimer d'une manière libre et spontanée sur sa satisfaction et ses attentes, mais n'a pas permis ensuite de structurer les retours sur une base uniforme.

Par ailleurs, bien que prévus essentiellement sur le thème de la communication, les propos échangés avec les interlocuteurs ont débordé lors de chaque visite sur le rôle des IDL et la collaboration de manière générale.

Globalement, les propos recueillis se révèlent être le reflet de ce que transmettent les IDL, tant au niveau de la satisfaction qu'aux modes de communication ou de la collaboration en général.

En effet, les services sont dans leur ensemble satisfaits des modes de communication mis en place : les IDL et les équipes soignantes ont construit les modes de collaboration et communication qui se révélaient possibles et les plus efficaces en fonction des spécificités et contraintes de chaque service. L'harmonisation paraît donc difficile, voire impossible pour l'essentiel, tant il faut tenir compte de nombreux facteurs, tels la disponibilité des médecins ou chirurgiens pour les colloques, les horaires de travail des infirmières, l'agencement des locaux, la situation du bureau de l'IDL par rapport au service, ou encore les outils de communication internes aux services, notamment les tableaux, plans ou agendas.

Les principaux éléments exprimés sont décrits ci-après par site ou service.

CTR ORBE et CHAMBLON : (Rencontre avec M. J. Arm, responsable de pôle B aux eHnv et son équipe de cadres intermédiaires le 06.08.2015)

M. Arm relève la complexification générale des situations traitées en CTR. Le Besoin d'anticipation est de plus en plus impératif, et l'idéal est de se projeter directement à l'entrée du patient sur son projet de sortie. Il faut donc mettre en place très rapidement une évaluation, ainsi qu'une intervention en colloque pluridisciplinaire ou une réunion de réseau incluant le corps médical et l'IDL, afin de nommer les hypothèses plausibles et se mettre d'accord avec l'entourage sur les différentes possibilités selon l'issue de l'hospitalisation. Actuellement, certaines mesures sont prises parfois trop tard, par exemple les mesures nécessaires lors d'une issue en placement (demande de prolongation), ce qui engendre des journées inappropriées d'hospitalisation.

La comparaison est nommée avec le CHUV, dont les dotations des IDL sont plus élevées : alors que les DMST ou demandes de transferts en CTR reçus de la part des IDL du Brio RSNB sont souvent remplis de manière sommaire, les mêmes documents provenant du CHUV sont complets, ce qui permet de mieux comprendre la situation du patient afin de valider ou non son entrée en CTR, et si oui de l'accueillir dans les meilleures conditions possibles.

Enfin, M. Arm relève l'importance de la part des équipes de soutenir les IDL dans certaines tâches difficiles ou lourdes, telles que les discussions autour des finances avec le patient ou son entourage lors de projet de placement, dont les aspects psychologiques sont souvent sous-estimés.

Il est précisé que les ICUS d'Orbe et de Chamblon ne rencontrent pas les mêmes conditions de collaboration :

A Orbe : l'attitude au long de l'hospitalisation repose beaucoup sur le délai autorisé par l'assurance : la posture pourrait être davantage de garder en tête la possibilité d'écourter ce délai, ce qui est souvent possible et évite ainsi des journées inappropriées. Toutefois, le corps médical préfère souvent attendre les observations des premiers jours avant de se prononcer sur un projet de sortie. Le positionnement et l'intervention de l'IDL dépend donc de ce processus.

A Chamblon : la mise en place dans un service en début et fin de semaine d'un mini-colloque pour compléter le colloque pluridisciplinaire ne se poursuit plus systématiquement car l'équipe infirmière

ne parvient pas à se libérer à heures fixes. Par ailleurs, le besoin d'anticiper davantage est fort : néanmoins, pour différentes raisons, mais notamment au niveau de la sous dotation (qui induit des critères d'intervention très différents d'Orbe et d'Estavayer, les IDL se concentrant sur les situations les plus complexes vers l'hébergement et les retours à domicile) les IDL attendent le colloque pour valider le fait qu'elles se chargent ou non des situations de patients ; ce qui ne leur permet pas d'anticiper et d'arriver en colloque déjà en connaissance de cause.

Egalement, il est relevé l'importance de partager toute information utile à la compréhension de la situation des patients, ou de bien consulter leur dossier, afin d'éviter parfois des décisions prises par méconnaissance par les soignants, et qui vont à l'encontre des besoins du patient.

Enfin, une difficulté supplémentaire et une déperdition de temps et d'informations sont engendrées par la présence de deux IDL à temps partiels.

A noter enfin que l'adjointe du responsable de pôle voit son poste évoluer vers un rôle de « Gestionnaire des flux », ce qui devrait nécessiter de travailler rapidement sur la clarification des rôles entre les IDL et ce nouveau poste.

RSBJ : (rencontre avec M Taboada, infirmier chef du A le 10.08.2015)

M Taboada relève sa satisfaction et celle du service quant à la collaboration avec l'IDL. Le rôle de cette dernière est clair et reconnu comme indispensable.

Les remplacements se passent toujours bien ; Noël est la seule période non couverte, mais cela n'a jamais posé de problème. En effet, en cas de besoin, le service est capable de prendre le relais pour assurer une sortie. A noter qu'au vu du bassin de population très petit, ce sont régulièrement les mêmes patients qui sont hospitalisés ; ils sont donc connus, ce qui facilite le projet et la mise en place de la sortie.

Les projets de sortie sont entrepris suffisamment tôt par l'IDL, qui souhaiterait même parfois anticiper davantage, mais est freinée par le corps médical, ce dernier (comme décrit à Orbe) préférant observer l'évolution de la situation avant de se projeter sur la suite.

Le bureau de l'IDL se situe dans le bureau infirmier, avec l'avantage de la proximité, l'information en direct de la situation des patients, mais l'inconvénient du bruit, du passage, et du manque de confidentialité lors de téléphones délicats ou lors de besoin de s'isoler pour une réunion de famille.

SPN : (rencontre le 13.08.2015 avec M G. Delgado, ICUS du service de psycho-gériatrie, seul service du CPNVD à bénéficier de la collaboration avec une IDL)

Le service de psychiatrie de l'âge avancé est très satisfait de la collaboration et communication mises en place avec l'IDL. Cette dernière connaît très bien le réseau, ce qui est important pour assurer la bonne orientation des patients. La durée moyenne d'hospitalisation étant de 30 jours, l'IDL a le temps de bien connaître les patients, et participe à toute réunion de famille ou de réseau, ce qui apporte un plus dans le suivi et permet d'affiner l'orientation pour le projet qui suivra l'hospitalisation.

L'IDL ne couvre pas toute la semaine avec son 70% d'activité, mais au vu du flux des patients assez lent en psychiatrie, l'équipe peut s'en accommoder sans difficulté, moyennant une certaine souplesse également du côté de l'IDL.

Les remplacements sont facilités car ils sont toujours assurés par l'IDL anciennement en poste, bien qu'à un pourcentage inférieur à celui de la titulaire.

HIB : (rencontre le 13.08.2015 avec Mme M. Rotzetter co-directrice des soins et les coordinateurs des sites de Payerne et d'Estavayer, respectivement M. J-P. Charlaine et Mme A. Delechat)

Le constat est très satisfaisant sur les deux sites. Les équipes trouvent les prestations des IDL indispensables, la collaboration excellente, et la communication aménagée au fil du temps efficace et

bien adaptée à la réalité des services. Les aspects complexes en lien avec l'inter-cantonalité sont bien maîtrisés par les IDL et les coordinatrices.

La seule demande à formuler serait un renforcement de la dotation afin de permettre aux IDL de maintenir le panier actuel de prestations tout en diminuant leur surcharge chronique.

Le sujet du manque de colloques pluridisciplinaires est abordé sur le site de Payerne. Cela fait plusieurs années que les cadres souhaitent une telle mise en place, mais ça n'a pas été possible jusqu'à présent car le corps médical n'y voit pas l'intérêt. Ce point devrait être repris ultérieurement avec la responsable des IDL.

eHnv pôle chirurgie-orthopédie : (rencontre le 17.08.2015 avec M. A. Bettencourt, responsable du pôle)

M. Bettencourt relève de manière globale que, même si la durée moyenne de séjour ne va probablement pas continuer à diminuer, le vieillissement de la population et la poly-morbidité augmentent toujours, ce qui complexifie les situations et nécessite que les prises en charges se décident de manière toujours plus anticipée et en pluridisciplinarité.

Plus précisément, M Bettencourt estime que, pour tout ce qui est de l'électif, il y aurait lieu de renforcer l'anticipation autour du projet qui suivra l'hospitalisation, ceci déjà à l'entrée du patient, et même dans les consultations ambulatoires de pré-hospitalisation. Il se réfère notamment à un enseignement thérapeutique mis en place au CHUV avant l'hospitalisation, donné de manière pluridisciplinaire par les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les soignants. Dans un tel contexte, il considère que l'IDL devrait avoir un rôle à jouer, afin de participer à la mise en exergue de tous les aspects d'ordre socio-économique et environnemental, soit en étant sur place soit en étant d'une manière ou d'une autre consultée.

Sur ce point, un lien peut être fait avec le « programme PTH » en vigueur en orthopédie sur le site de Yverdon, qui vise précisément l'anticipation, l'enseignement préalable à l'intervention ainsi que le suivi interinstitutionnel et pluridisciplinaire tout au long du parcours de soins. Et rappelons que, dans ses propositions d'actions d'amélioration, le groupe de travail avait suggéré la mise en place d'itinéraires cliniques transverses de l'utilisateur, à l'instar de ce programme PTH.

M. Bettencourt considère, au vu du fait que la durée moyenne de séjour ne diminue plus et de l'augmentation et la complexification de prises en charge, que des colloques devraient être mis en place dans les services de chirurgie-orthopédie, sous forme pluridisciplinaire et avec les médecins chefs. Pour les IDL, cela permettrait de ne plus avoir à glaner quotidiennement les informations auprès des différents corps de métier, et cela participerait à construire un réel concept institutionnel de prise en charge du patient, avec des chemins cliniques définis et des critères précis, permettant d'identifier les cas à risque ou à problèmes, et de déclencher rapidement la procédure d'intervention de l'IDL.

M. Bettencourt est conscient qu'une telle mise en place de colloque est attendue depuis longtemps par les soignants et les IDL, et que c'est au niveau du corps médical que la situation est bloquée. Il se dit ouvert à entrer en matière dans un projet de mise en place de colloques, en insistant sur la nécessité d'argumenter autour des problèmes rencontrés et de la plus-value apportée dans la prise en charge du patient, afin de convaincre les médecins d'être partie prenante et de s'organiser pour fixer un horaire régulier de colloque hebdomadaire. Il précise qu'il est préférable pour la situation des patients que les décisions se prennent en pluridisciplinarité plutôt que de manière individuelle, que cela responsabilise chaque intervenant, et soulève également la nécessité que quelqu'un, l'IDL par exemple, coordonne tout ce travail d'anticipation et de préparation de projet de sortie.

Enfin, il relève que chaque mois ou tous les deux mois, une séance a lieu qui réunit tous les ICUS, et la présentation de sujets en lien avec les activités du Brio y sont les bienvenues, tout comme une éventuelle proposition de concept de colloque pluridisciplinaire, qu'il se tient prêt à négocier avec le corps médical, disant que pour rendre les choses réalisables, il faudra peut-être « forcer un peu la porte »...

eHnv pôle médecine : (rencontres le 25.08.2015 avec Mme V. Golay (ICUS La Vallée), Mme C. Louvrier (ICUS St Loup), et le 27.08.2015 avec M. B. Pillonel (ICUS Yverdon))

Dans les différents services de médecine, la collaboration autour de la communication est jugée bonne, voire excellente, et les IDL sont bien adaptées aux réalités de leur service. Les échanges autour de l'utilisation de SOARIAN montrent que la satisfaction est moyenne, pour les mêmes raisons que citées précédemment.

La Vallée : Mme Golay relève le fait que l'IDL est mal lotie au niveau de son bureau partagé avec d'autres professionnels, qu'elle dérange, et qui la dérangent. Un modus vivendi est trouvé, mais qui demande effort et adaptation de la part de chacun. Il faudrait un ordinateur pour l'IDL, afin de lui permettre de s'isoler dans une autre pièce selon ses besoins. Malgré cela, la communication est jugée bonne.

Les remplacements sont couverts toujours par la même IDL, qui connaît bien le service, mais n'est là que le lundi. Faute de mieux, le service s'en accommode et maintient le savoir-faire nécessaire pour agir en son absence.

C'est le seul service où l'ICUS se charge de la gestion en lien avec une demande (peu fréquente) de transfert A vers B, alors que partout ailleurs, et selon la procédure en vigueur, ce travail incombe à l'IDL. Toutefois, l'ICUS ne revendique pas de changement, indiquant que ce mode de faire lui convient dans son besoin de maîtrise de la gestion et du flux des lits. Ce dernier est par ailleurs irrégulier et difficile à gérer, notamment en regard d'un manque chronique de lits C à La Vallée, ce qui influence les pratiques de l'IDL dans l'orientation des patients prévus en hébergement dans des lits de Court séjours. Ce problème ne dépend pas de l'IDL mais plutôt des médecins et des patients qui peinent à envisager des hébergements ailleurs qu'à la Vallée. Le processus de décision y relatif mériterait d'être revu.

Probablement en lien avec la situation excentrée de La Vallée, Mme Golay exprime le besoin d'obtenir plus d'informations de la part du Brio et de renforcer les contacts avec les responsables, par exemple en instaurant des rencontres 2x/année afin de faire le point, ceci par sites, ou par pôles.

A St-Loup : le processus de gestion des flux mériterait également d'être revu, en lien avec des journées en A inappropriées, et différentes pratiques de classement ou déclassement qui complexifient le travail de gestion des lits, tant pour les services que pour les IDL.

La communication avec les IDL est bonne. Les deux IDL de St Loup (médecine et chir-ortho) se remplacent en cas d'absence. Chacune n'étant pas totalement interchangeable, les démarches s'en voient parfois ralenties en attendant le retour de la collègue, mais les urgences sont bien gérées par une présence chaque jour.

Pour ce qui est du bureau, le problème de manque de place dans les services impose aux IDL d'occuper un bureau dans un autre bâtiment, nécessitant une certaine distance de déplacement avec une perte de temps évidente. De plus, les IDL comme les équipes ne trouvent pas toujours de salles de rencontres pour des réunions de réseau ou de famille, ou alors dans des conditions bancales. Toutefois, au vu de la réalité des espaces occupés, aucun aménagement n'a pu être envisagé. L'ICUS propose malgré tout de faire une demande conjointe avec l'IDL pour tenter d'obtenir de meilleures conditions de bureaux et de salles de rencontre.

La mise à disposition d'outils mobiles pour les IDL leur faciliterait le travail et serait un gain de temps évident. Actuellement (et c'est pareil dans les autres sites), les IDL recueillent leurs informations auprès des patients ou des équipes sur papier, qu'elles doivent retranscrire ensuite dans leur bureau par informatique.

Le temps partiel de l'IDL impose des horaires qui ne correspondent pas toujours à certains besoins de la part du service, par exemple pour ce qui est des démarches à amorcer rapidement lors de décisions de transfert en lit B. Ce point mériterait d'être revu avec le management pour trouver la meilleure solution en tenant compte de tous les paramètres présents.

A noter que les services maintiennent un savoir-faire suffisant pour être autonomes et efficace en qu'en cas d'absence des IDL.

A Yverdon : la communication et la collaboration sont considérées comme excellente avec l'IDL. L'ICUS insiste sur le bénéfice de travailler avec une IDL expérimentée, qui fait profiter au service de son professionnalisme et sa connaissance de tout le système de santé et du réseau, en représentant ainsi une référence précieuse pour l'intégration des nouvelles infirmières et médecins assistants.

Au vu de la nécessité de prioriser l'énergie mise dans l'apprentissage et l'encadrement, l'accent n'est pas mis actuellement par le service sur l'utilisation de SOARIAN, mais cela devrait être le cas courant 2016, visant une amélioration du remplissage des rubriques et de leur lecture à bon escient.

Là encore, la mise à disposition d'un outil mobil pour l'IDL serait considérée comme un gain, car il diminuerait son espace requis lors des passages dans le bureau de l'équipe soignante, actuellement jugé trop important en regard de son « volumineux » classeur et de la petite et insuffisante taille du bureau. Cet élément, même vraisemblablement secondaire, alimente toutefois les arguments en vue d'une demande d'ordinateurs portables pour les IDL.

Les colloques « Interface » 2x/semaine sont jugés efficaces mais pourraient éventuellement être écourtés suivant les situations de patients abordées, mais parallèlement élargis pour d'autres situations par des professionnels non compris à ce jour comme les physiothérapeutes. De plus, ils pourraient être complétés par des passages de l'IDL les autres jours de la semaine afin de faire le point des situations juste après la visite médicale.

Hébergement : Enfin, dans un troisième temps, la responsable du BRIO se charge d'interroger les responsables du C. Les entretiens sont en cours et, pour l'heure, les résultats sont positifs quant à la satisfaction en lien avec la communication et la collaboration.

➤ **Amélioration continue**

De son côté, la responsable du Brio précise que des pistes d'amélioration sont envisagées afin d'affiner encore davantage la communication et la collaboration. Par exemple l'élaboration d'une procédure est prévue pour informer et détailler la gestion des vacances et absences des collaboratrices du Brio, à transmettre systématiquement et rapidement au service pour lui permettre, le cas échéant de s'organiser sans IDL pendant la période signifiée, ceci en l'absence de remplaçant.

Forum de la Cores 4 septembre 2014, point de vue des hôpitaux : « Lors de l'absence de l'IDL, l'orientation des patients est bloquée. Rechercher des processus de suivi solides qui évitent les discontinuités, et améliorer la communication aux hôpitaux relative aux absences et tournus des IDL ».

... évidemment, éviter les discontinuités nécessite une attribution de ressources en conséquence.

➤ **Régulation et remédiation**

Les entretiens avec les responsables des sites/services ont mis en évidence une satisfaction globale dans la communication avec les IDL. Parallèlement, la présence de la nouvelle responsable de la liaison hospitalière a représenté une bonne opportunité pour elle-même comme pour les services de faire connaissance et se projeter sur une collaboration sur la durée.

Il a été relevé l'importance d'entretenir des bonnes relations avec la proposition de visiter chaque service une fois par année afin de vérifier les modes de collaboration, et amener, le cas échéants, les aménagements nécessaires aux améliorations demandées. De plus, la mise en place d'une plateforme de coordination du Brio, comme mentionné plus haut, qui se rencontrerait une ou deux fois par année pourrait inclure dans les séances un point régulation/remédiation.

Recommandations finales du COPIL en séance du 5 octobre 2015 :

Le COPIL recommande de confier au management du Brio, à savoir à la responsable de la liaison hospitalière, le soin de :

- Affiner encore selon les besoins les collaborations dans les deux sens
- Proposer des séances semestrielles d'informations/régulation/remédiation sur sites
- Etudier davantage le besoin et les possibilités de mettre des outils mobiles à la disposition des IDL

8.9 Présentation de trois dossiers :

« Evaluer la pertinence de présenter trois dossiers aux EMS lors de lits disponibles »

La directive cantonale sur le Brio indique au point 4 :

« Lorsque le résultat de l'orientation est un long séjour, les conventions régionales précisent les modalités de fonctionnement (nombre de dossiers à transmettre à l'EMS, critères de priorisation, prise en compte des particularités de l'EMS ou des places disponibles,...). »

Position du groupe d'experts utilisateurs

Certains EMS ont émis la demande de recevoir trois dossiers en consultation de la part du Brio lors de l'annonce d'un lit disponible. Toutefois, la recommandation du groupe d'expert s'est révélée être le maintien d'un seul 1 dossier : les intervenants ne voient pas l'utilité d'alourdir la démarche avec trois dossiers, se disent satisfaits des dossiers proposés par le BRIO (à 99%, les dossiers sont parfaitement adéquats et préparés), et mettent en évidence un souci d'ordre éthique qui serait lié à un tel aménagement.

De son côté, le Brio relève les difficultés qui seraient engendrées par la décision de présenter trois dossiers, principalement autour du risque que certaines personnes soient difficilement admises en long séjour, et, autour de la gestion des dossiers non retenus, au niveau du soutien des patients et de leur entourage.

Décision du COPIL en date du 27 mai 2015 quant aux travaux à mener durant l'été

Devant la divergence d'opinion entre les directions d'EMS qui ont demandé l'introduction de trois dossiers et le positionnement du groupe d'experts utilisateurs, le COPIL a mandaté le secrétaire général du RSNB et la responsable du Brio pour questionner par le biais d'entretiens les directions des EMS qui souhaiteraient pouvoir faire part plus précisément de leurs besoins.

Résultats des travaux

Suite à un mail adressé à tous les EMS du RSNB, tous ont répondu en faveur d'une rencontre, fixée entre mi-juillet et début septembre 2015 (deux directions n'ont néanmoins pas pu être rencontrées). D'autres sujets en lien avec le projet et présentés plus loin ont également été mis à l'ordre du jour de ces entretiens, dont les résultats figurent dans le document en annexe 11.

- Douze directions n'ont pas de revendication, les pratiques actuelles convenant bien.
- Deux directions souhaiteraient recevoir 2 dossiers
- Une direction souhaiterait recevoir 3 dossiers

Durant les entretiens, une réelle satisfaction a été exprimée quant aux prestations du Brio. Il a été rappelé que :

- Le BRIO ne détermine pas le choix de l'EMS ; celui-ci appartenant à l'utilisateur ou l'utilisatrice en fonction des options d'orientation proposées, des besoins et des missions
- L'acceptation du dossier présenté **est** et **reste** de la compétence de l'EMS ; en cas de refus, un motif est demandé pour répondre aux usagers et usagères et à des fins de récolte d'indicateurs généraux
- L'annonce du lit peut clairement être accompagnée d'informations sur les besoins ou la situation de l'institution. Un échange téléphonique est même souhaité, et d'ailleurs souvent effectué.

En outre, les points ci-dessous ont été évoqués et seront traités dans le cadre de l'amélioration continue :

- Encourager la consultation sur les dossiers complexes
- Améliorer l'accueil téléphonique du Brio
- Encourager la communication ou les retours lorsque des admissions ont été délicates
- Faire un point de situation avec les partenaires de soins à domicile concernant l'anticipation des demandes API, qui semble rester une difficulté
- Inclure dans le cadre des réflexions prévues au sein de la plateforme SAMS le sujet des pratiques lors de courts-séjours planifiés, à savoir s'il serait opportun de profiter de faire un bilan lors de l'admission des patients en court-séjour
- Remettre à jour les informations sur le « qui fait quoi » lors des retours depuis les urgences.

Recommandations finales du COPIL en séance du 5 octobre 2015

Un retour de la position des Directions des EMS a été effectué dans le cadre de la rencontre du groupe EMS, le 8 septembre 2015. Compte tenu des avis exprimés lors des rencontres et la satisfaction de la grande majorité des EMS autour des pratiques actuelles, le groupe des EMS préavise le maintien de ces pratiques.

Le COPIL recommande de suivre l'avis exprimé par le groupe EMS.

8.10 Transferts d'EMS :

« Définir les modes de collaboration afin de faciliter les transferts d'EMS en cas de limite de missions »

Absence du groupe d'experts utilisateurs

Ce point devait être traité en sous-groupe avec les EMS et la Dresse Schreyer, médecin à l'Equipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé (EMPAA). Il s'agissait essentiellement de définir les besoins et les possibilités de recourir au Brio dans l'identification des besoins de transferts, leur préparation et leur suivi.

Or, pour cette séance, tous les membres du sous-groupe issus des EMS se sont désistés au dernier moment. La cheffe de projet, la responsable du Brio et la Dresse Schreyer ont néanmoins débattu seules de ce point, à travers essentiellement le regard médical de la Dresse. Les éléments clés identifiés sont les suivants :

- Les transferts d'EMS vont essentiellement de la gériatrie vers la psychiatrie de l'âge avancé.
- L'anticipation autour de l'évolution de la situation est essentielle, l'identification précoce de l'aggravation des troubles cognitifs et comportementaux permet de mettre en place un

processus de changement centré sur la personne et son accompagnement, ainsi que celui de son entourage, et facilite la transition et son accompagnement

- La collaboration entre les EMS et les intervenants externes tels l'EMPAA sont essentiels : il faut un discours et une attitude cohérents et travailler en partenariat pour accompagner la séparation et l'accueil dans le nouveau lieu de vie, souvent douloureux
- Accompagner la famille dans le changement et prendre les décisions avec elle, entre autres au niveau de l'espace -temps, pour être en phase avec tous les acteurs
- Lors de transferts depuis la gériatrie, l'équipe qui se sépare d'un résident se retrouve souvent en situation d'échec et de culpabilité de ne plus arriver à faire face à la situation et à son évolution, et a besoin de soutien, bienvenu de la part de la Dresse Schreyer comme des intervenants du BRIO.

Décision du COPIL en date du 27 mai 2015 quant aux travaux à mener durant l'été

Au vu de l'absence des participants au groupe d'experts utilisateurs lors de cette séance, le COPIL a décidé de ne pas remettre en place une nouvelle séance, mais de confier l'étude de ce sujet au secrétaire général du réseau et à la responsable du BRIO dans le cadre de leurs entretiens entre juillet et septembre avec les directions des EMS (déjà sollicités pour le sujet des trois dossiers).

Résultats des travaux

L'ensemble des directions sont d'accord d'associer le Brio lors des démarches de réorientation (voir annexe 11)

Recommandations finales du COPIL en séance du 5 octobre 2015

Un retour de la position des Directions des EMS a également été effectué dans le cadre de la rencontre du groupe EMS, le 8 septembre 2015. Compte tenu que l'ensemble des directions sont d'accord d'associer le Brio dans les démarches de réorientation, le groupe des EMS préavise le maintien de ces pratiques.

Le COPIL recommande de suivre l'avis exprimé par le groupe EMS.

8.11 Sujets complémentaires en lien avec les EMS :

« Sujets complémentaires abordés lors des rencontres avec les directions d'EMS, en plus des propositions d'amélioration prévues initialement »

« Acceptation des séjours provisoires et d'observation »

L'ensemble des directions sont d'accord d'accueillir des séjours provisoires et d'observation (voir annexe 11)

« Mise à jour des conditions et critères d'admission par EMS »

L'ensemble des directions est d'accord de remplir le document sur les conditions d'admission et se charge de sa mise à jour à l'attention du Brio (voir annexe 13).

« Lors d'hospitalisation depuis un EMS, étudier le besoin et la possibilité d'intervenir lors du RAD, de manière systématique ou déclenchée par l'EMS »

Le sujet précité a été discuté lors de la séance du 8 septembre 2015 du groupe EMS. Le groupe EMS préavise que l'intervention de l'infirmière de liaison n'a pas besoin d'être systématique et qu'elle peut être réalisée sur demande de l'EMS.

8.12 Bureaux des IDL :

« Afin de faciliter la communication et gagner en efficacité, regrouper les IDL du même site dans un même bureau »

Position du groupe d'experts utilisateurs

Le groupe d'experts utilisateurs (en sous-groupe avec les membres des hôpitaux) recommande la mise à disposition d'un bureau individuel pour l'IDL, et ceci à proximité du service. Il est nécessaire de permettre à l'IDL d'effectuer son travail avec tranquillité, concentration et confidentialité, tout en limitant ses déplacements.

Commentaires des IDL

Les arguments identifiés par les IDL en lien avec leur poste de travail peuvent être résumés comme suit :

- Dans le bureau infirmier : excellente proximité permettant de suivre les informations en direct en lien avec l'évolution des patients, mais manque de confidentialité. Demande une salle de rencontre à disposition.
- Individuel dans un autre bâtiment ou un container extérieur : bonnes conditions sauf la perte de temps en déplacements et pas de proximité de collaboration avec le service, rapport informels limités
- Dans un bureau individuel dans le service : conditions idéales
- Dans un bureau partagé avec d'autres professionnels : dérangements dans les deux sens, besoin de trouver d'autres lieux pour des entretiens ou pour travailler de manière concentrée et confidentielle.

Il est à noter que chaque IDL a su s'adapter à sa situation en aménageant son quotidien afin de minimiser l'impact des difficultés rencontrées.

Décision du COPIL en date du 27 mai 2015, et recommandation finale du 5 octobre 2015

Le COPIL a décidé de confier cette proposition d'amélioration au management du Brio dans le cadre de ses relations avec les partenaires.

8.13 Colloques de liaison / orientation :

« Afin de faciliter la communication et gagner en efficacité, instaurer sur tous les sites des colloques dévolus à la liaison/orientation »

Position du groupe d'experts utilisateurs

Le groupe estime nécessaire de mettre en place un colloque multidisciplinaire avec médecin chef chaque semaine en B et chaque jour en A (même court). Dans le cas où cela ne serait pas réalisable, l'IDL devrait faire le tour de la situation des patients avec l'ICUS, ou participer à la visite médicale.

Décision du COPIL en date du 27 mai 2015 quant aux travaux à mener durant l'été

De son côté, le COPIL a demandé de recenser et décrire les différents modèles de colloques selon les sites de médecine, chirurgie ou CTR, et préciser leur niveau de satisfaction. Etudier la possibilité d'harmonisation et, cas échéant, proposer de nouveaux aménagements.

Travaux réalisés durant l'été

La cheffe de projet a combiné sa visite sur les sites auprès des IDL avec une participation au colloque, lorsqu'existant. A nouveau, la réalité du terrain et les spécificités des services amènent des pratiques très différentes. Le tableau en annexe 12 décrit la fréquence, la durée, les participants, l'animation et la satisfaction des IDL dans chaque service.

Les éléments décrits ci-dessous comportent également les commentaires des IDL.

Les services de **chirurgie** ne bénéficient pas de colloques pluridisciplinaires ou colloques de liaison-orientation, dû au manque de régularité de disponibilité des chirurgiens. Dans ces cas, les IDL ont mis en place des alternatives avec les services, par exemple sous forme de rencontres formalisées avec les ICUS ou les infirmières.

Les services de **médecine** eHnv Yverdon et St Loup ont un colloque pluridisciplinaire avec médecins chefs (Yverdon) ou seulement assistants (St Loup). À relever que dans ce dernier cas, les IDL et les infirmières des services sont régulièrement confrontées à des changements d'orientation de dernière minute suite au passage du médecin chef, qui se positionne contrairement à ce qui a été décidé précédemment en colloque pluridisciplinaire. Au HIB site Payerne, le service de médecine n'a pas de colloque pluridisciplinaire mais l'IDL participe à la remise de garde médicale qui précède le week-end.

Les **CTR** ont un colloque hebdomadaire pluridisciplinaire animé par les médecins chef, qui donnent chacun leur touche personnelle quant à la durée, le temps accordé pour chaque situation, et la manière de solliciter les intervenants.

La plupart des professionnels présents aux colloques des trois sites de CTR travaillent sur un ordinateur personnel portable et les résultats des discussions sont projetés grâce à un beamer. A noter toutefois que presque aucun intervenant ne suit les éléments projetés, probablement par manque d'habitude ou alors parce que cette projection est peut-être superflue ou inappropriée en l'état. Il est mentionné en tous cas une prolongation du temps de colloque depuis l'instauration de l'informatique et la projection par le beamer.

Les hôpitaux de **Ste Croix et La Vallée** ont des services de lits A mixtes, et ce sont des médecins externes qui interviennent auprès de leurs patients au sein de ces services. A Ste Croix, un colloque multidisciplinaire animé par un médecin chef se déroule le mardi. A La Vallée, il n'y a pas de colloque multidisciplinaire, mais l'IDL se glisse dans le colloque de remise de garde du lundi matin, qui est complété par un colloque quotidien avec le service.

Au **SPN**, le colloque multidisciplinaire a lieu une fois par semaine et correspond aux besoins de l'IDL.

En résumé, **trois sites nécessitent des aménagements** afin de permettre à l'IDL de déployer son rôle dans de bonnes conditions : La Vallée et Payerne, service de médecine car les colloques en place sont des colloques de garde médicale seulement, et St Loup service de médecine car le colloque pluridisciplinaire se déroule sans médecin chef.

Il a été relevé plus haut que les cadres du service de médecine au HIB Payerne comme le responsable de pôle chirurgie-orthopédie des eHnv expriment une volonté de faire progresser les choses pour parvenir à la mise en place de (vrais) colloques de liaison/orientation. L'étude de ces différents besoins d'aménagements et des possibilités d'y répondre sera confiée à la responsable de la liaison hospitalière dans le cadre de son management, en collaboration avec les cadres hospitaliers.

Recommandations finales du COPIL en séance du 5 octobre 2015

Le COPIL confirme l'importance de colloques dévolus à la liaison et valide le fait que ce point soit travaillé au niveau du management du Brio en lien direct avec les différentes institutions

8.14 Délégation à un secrétariat :

« Permettre au BRIO de se centrer sur ses activités spécifiques en déléguant ce qui peut être traité par un secrétariat médical, sans diminuer la qualité des prestations »

Position du groupe d'experts utilisateurs

La position du groupe d'experts utilisateurs (sous-groupe Hôpital) est unanime : d'une part, il est important que l'IDL fasse jusqu'au bout toutes les tâches inhérentes à son activité, ce qui garantit la continuité de son activité et la qualité du processus, et, d'autre part, aucun service ne signale de disponibilité de la part du secrétariat du desk pour assumer du travail supplémentaire.

Décision du COPIL en date du 27 mai 2015 quant aux travaux à mener durant l'été

Le COPIL a décidé de mettre ce point en attente, et de ré-estimer le bien-fondé de poursuivre ces investigations suite aux résultats et recommandations des autres propositions d'amélioration, notamment quant à la poursuite ou non, ou à la mise en place d'activités systématiques de la part des IDL.

Résultats de travaux

Pas de travaux effectués.

Recommandations finales du COPIL en séance du 5 octobre 2015

Le COPIL recommande de reprendre le sujet dans le cadre de la future plateforme de coordination du Brio.

8.15 Réajustements organisationnels :

« Afin de gagner en efficience, identifier les réajustements organisationnels à apporter, tels la fréquence et les lieux des colloques, et évaluer leur pertinence en les testant d'ici fin août 2015 »

Position du groupe d'experts utilisateurs

Le groupe d'experts utilisateurs considère qu'un renforcement des ressources du Brio est devenu nécessaire, afin de lui permettre de répondre avec équité aux demandes qui lui parviennent. Il nomme également différents points d'amélioration souhaités.

Position des collaboratrices du BRIO

La cheffe de projet a travaillé en séances du 20 et 28 avril 2015 avec les collaboratrices du Brio. Différents éléments ont été mis en évidence sous forme de demande d'amélioration de la part des collaboratrices.

Décision du COPIL en date du 27 mai 2015 et recommandations finales

Dans sa séance du 27 mai, le COPIL a décidé de confier ce point au management du Brio. Il n'a par conséquent pas étudié davantage dans le cadre de ce projet.

8.16 Création d'une plateforme SAMS :

« Créer une plateforme SAMS afin de clarifier et renforcer les collaborations entre acteurs des structures d'accueil médico-sociales »

Forum de la Cores du 4 septembre 2014, vision des soins à domicile pour le BRIO 2020 : « Créer une interface/plateforme d'information, d'orientation et de coordination pour l'ensemble de l'offre médico-sociale régionale/cantonale »

La première séance de la nouvelle plateforme SAMS a eu lieu le 10 septembre 2015. Un mandat a été validé dont le premier travail consiste à faire un état des lieux des coopérations dans les domaines des CAT et des logements protégés (y.c avec le Brio). Il s'agira également d'analyser les besoins en lits de CS.

Les différents points évoqués dans le cadre du présent rapport seront repris progressivement dans le cadre de cette plateforme.

8.17 A traiter dans un autre contexte :

« Développer des itinéraires cliniques tels que PTH afin de faciliter la trajectoire de l'utilisateur à travers les différentes institutions de soins »

Le COPIL relève que cette proposition émanant du groupe de travail ne correspond pas au périmètre du présent mandat. Ce point sera à traiter dans le cadre des propositions de développement du RSNB.

9. Commentaires des médecins

Afin d'élargir le recueil de données quant à la satisfaction de la collaboration avec le BRIO, les médecins libres praticiens concernés par les prestations du Brio du RSNB ont été interrogés par mail.

Six médecins ont répondu avec des commentaires très différents :

- Un médecin se dit tout à fait satisfait et n'a pas de proposition d'amélioration à apporter
- Un médecin est nouveau dans ses fonctions et n'a pas encore de commentaires à amener mais souhaite être tenu informé des conclusions du projet ou qu'une personne déléguée du Brio vienne lui en expliquer le fonctionnement. La responsable du Brio a rencontré ce médecin qui s'est dit satisfait des explications fournies.
- Un médecin constate que souvent ses patients sortent d'une hospitalisation sans qu'il en soit averti et déplore que ce déficit d'information implique des réactions en urgence pour mobiliser le CMS et essayer de corriger le tir, car régulièrement ce qui a été convenu à la sortie n'est pas adéquat pour le suivi du patient.
- Un médecin fait le constat que depuis la mise en place du Brio, le fonctionnement dans l'orientation des résidents en EMS amène une dispersion de ses patients dans différents établissements, alors que précédemment, la plupart étaient orientés au même endroit.
- Un médecin relève l'impossibilité à personnaliser les liens avec les intervenants du Brio étant donné la situation géographique de son cabinet à cheval sur plusieurs réseaux de soins. Les collaborations en sont alourdies.

- Un médecin apporte plutôt un commentaire sur les soins à domicile.

Sur la suggestion d'un membre du COPIL, un médecin praticien au bénéfice d'une longue expérience de collaboration avec le Brio (Dr Olivier LOUIS) a accepté de travailler en séance individuelle avec la cheffe de projet afin de donner son avis sur les prestations du Brio (il n'est pas prévu dans la méthodologie du projet d'interviewer davantage de médecins).

Globalement, il estime ne pas être suffisamment tenu au courant des événements survenus et du suivi de ses patients. Sa principale recommandation consiste à assurer des contacts systématiques entre partenaires, en tout premier de la part du médecin assistant envers le médecin traitant lors de retours à domicile. Lorsque cela est omis, il en résulte un manque de coordination et de suivi. Il insiste sur le besoin d'anticipation et d'information dans tous les mouvements de la prise en charge des patients. Toutefois, étant donné le tournus des médecins assistants et leur difficulté à s'approprier rapidement tout le fonctionnement du travail en réseau, il demande que les IDL leur rappellent d'être partie prenante dans les sorties d'hôpital et l'importance de contacter systématiquement le médecin traitant au préalable pour faire le point ensemble.

Pour ce sujet, il faut toutefois mettre en évidence que le Brio n'a pas les moyens de traiter tous les retours à domicile, et que beaucoup de retours se font sans son intervention. Il y a lieu par conséquent de relever que ce manque de systématique dans l'information concerne le Brio tout comme les services hospitaliers.

Ce médecin se dit conscient de la difficulté fréquente à mobiliser certains de ses confrères autour des prises en charge de patients en partenariat. Il estime que le Brio a un rôle à jouer par une anticipation et des contacts avec eux afin de les pousser à se responsabiliser et s'engager davantage dans leur rôle de médecin traitant en tant que pilier central des prises en charges. Il pose la question à savoir si à terme, afin de renforcer l'anticipation et les liens avec les médecins traitants, un médecin pourrait être engagé au sein du Brio.

Par ailleurs, il verrait un réel bénéfice dans la prise en charge des patients et leur suivi si un dossier commun aux différents partenaires pouvait être mis en place.

Enfin, il estime que le Brio vient, entre autres, compenser certaines diminutions de compétences et de temps de la part des équipes soignantes : à l'extrême, le Brio n'aurait pas besoin d'exister si ces dernières avaient pu garder ou développer leurs compétences en lien avec l'information et l'orientation des patients, ainsi que leurs capacités de collaboration avec les autres partenaires du réseau de soins.

10. Commentaires des communes

Tous comme les médecins libres praticiens, les communes concernées par les prestations du Brio du RSNB ont été contactés par mail afin de leur donner l'occasion de se prononcer sur leur satisfaction quant à la collaboration avec le Brio.

Onze communes ont répondu :

- Une commune remercie pour l'excellent travail accompli.
- Huit communes n'ont pas de commentaires à amener, soit parce qu'elles estiment que le dispositif fonctionne bien, soit parce qu'elles n'ont pas eu de contact avec le Brio ni de retour de personnes ayant bénéficié de ce service.
- Deux communes relèvent le manque de communication et de visibilité régionale du Brio et de son fonctionnement. Elles souhaitent recevoir des flyers, proposent une insertion dans les journaux régionaux, ou la mise en place de lien Internet sur le site de la commune.

Les communes de la Broye seront contactées en temps voulu pour communiquer au sujet de la fusion des deux coordinations, et l'opportunité sera saisie à ce moment de répondre à ces sollicitations.

Suite aux décisions prises en fin de projet par le Comité du RSNB, il sera important de penser à en informer les médecins et les communes qui ont pris la peine de répondre à cette sollicitation.

11. Les éléments les plus marquants observés pendant le déroulement du projet

Différents éléments méritent d'être mis en exergue suite aux observations et aux différents contacts de la cheffe de projet avec le groupe d'utilisateurs et les collaboratrices du Brio, ou lors des échanges avec les responsables de sites, les visites sur sites avec les IDL, les séances de travail avec la responsable ou son adjointe, ou encore les médecins ou les communes :

Généralités

- Le maître mot présent dans toutes les bouches est **l'anticipation**, qui illustre un des fondements de l'activité du Brio, mais également en référence à une nécessité croissante d'être proactif dans tout le système de soins
- Mise en évidence à tous les niveaux de l'impact du vieillissement de la population et de la poly-morbidité sur la complexification des situations, et la charge de travail qui en découle
- Différentes contraintes sur les sites rendent l'harmonisation difficile et justifient le maintien de spécificités
- Marge de progression du Brio quant à sa visibilité

Du côté des collaboratrices du Brio

- Volonté des collaboratrices du Brio et de leur direction de participer à la démarche en réexaminant leurs pratiques et en proposant des solutions
- Surcharge et fatigue visible de la plupart des collaboratrices
- Une forme d'iniquité au niveau des dotations est mise en avant en regard de ce qui est en vigueur dans le restant du canton, à savoir plus élevé. Plusieurs collaboratrices ont une expérience précédente dans un autre Brio, et mettent en exergue ces différences, en appuyant sur l'impossibilité dans le RSNB d'honorer correctement leur cahier des charges, ce dernier étant pourtant identique à ceux des autres Brio
- Découragement de ces derniers/dernières devant la nouvelle remise en question de leurs pratiques engendrée par ce projet
- Utilité, voir nécessité de fournir aux collaboratrices **un outil mobile pour prendre des notes directement par voie informatique auprès du patient**, et afin d'éviter la perte de temps découlant du recopiage depuis le papier jusque dans le dossier informatisé. En cas de décision prise dans ce sens, il serait nécessaire de vérifier les possibilités de connexion réseau dans les locaux utilisés, de choisir du matériel le plus léger possible afin de faciliter les déplacements, et également de se donner les moyens de sécuriser l'accès à ces appareils pour éviter les vols.
- Beaucoup de compétences observées auprès de chacune des collaboratrices : qualités humaines, attitude générale d'écoute, de compréhension et de respect, expertise, implication, disponibilité, et souplesse, entre autre....

Du côté des utilisateurs

- Reconnaissance générale de l'utilité du Brio
- Souhait de voir les ressources augmenter
- Déception exprimée en ce qui concerne le projet de la part de plusieurs participants au groupe d'experts utilisateurs. Visiblement des attentes importantes étaient imaginées dans le sens d'augmentation des prestations, qui dépassaient le cadre du projet.
- Difficultés liées à certains temps partiels
- Bon sens et bonne volonté des utilisateurs de collaborer avec les moyens existants du Brio
- Evolution du rôle des ICUS vers un rôle essentiellement de gestion des ressources du service au détriment de la connaissance et du suivi des patients, amenant un transfert de charge sur les IDL
- Inter-cantonalité décrite par le HIB comme source de travail supplémentaire et plus complexe, et qu'il y aurait lieu de prendre davantage en compte dans les réflexions et l'attribution des ressources.

Du côté des responsables

- Nomination en août 2015 de l'adjointe à la responsable du BRIO en tant que responsable de la liaison hospitalière, permettant une réorganisation du dispositif et une distinction plus claire entre la fonction de liaison et la fonction de coordination
- Crainte de devoir arrêter certaines prestations au vu de la charge croissante, si aucun renforcement supplémentaire n'est accordé
- Impatience ou difficulté face au projet qui retient certaines volontés d'avancer dans des démarches d'optimisation prévues avant le déclenchement de ce dernier.

Du côté du COPIL

- Positionnement stratégique du COPIL de ne pas entrer en ingérence avec le management du Brio, en laissant à la responsable le soin de travailler tout ce qui concerne les aspects réorganisationnels de son service (mais en veillant à ce que les ajustements apportés soient en cohérence avec les besoins des sites et services).
- Egalement positionnement stratégique de se rallier chaque fois que possible aux recommandations émises par le groupe d'utilisateurs : certaines prestations dans un premier temps remises en questions par le groupe de travail ont été reconnues au cours de l'évolution du projet comme faisant vraiment partie du panier de prestations du Brio, à maintenir, affiner, ou même élargir.

12. Conclusion

L'ensemble des partenaires reconnaît l'utilité des prestations du Brio et se montre satisfait de la collaboration. La principale revendication repose sur la demande de renforcer les postes de travail afin d'élargir les horaires, et permettre ainsi un déploiement d'activité des IDL qui couvre davantage les besoins et assure une équité dans les prestations d'orientation et de prise en charge des sorties d'hôpital.

Comme nous l'avons vu tout au long de ce projet, le Brio assure actuellement une large palette de prestations. Toutefois, en regard de l'augmentation régulière du volume de ces dernières et de la complexification des situations, les collaboratrices s'épuisent. Sans augmentation supplémentaires de ressources, la direction du Brio s'inquiète d'en arriver à devoir couper certaines prestations faute de parvenir à en maintenir la qualité, ce qui n'est visiblement pas souhaité par le terrain ni recommandé par le COPIL. Au contraire, l'analyse avec le groupe d'experts utilisateurs montre qu'aucune des prestations assurée par le Brio ne devrait raisonnablement être supprimée, mais plutôt que certaines pratiques mises en place dans une région sont souhaitées dans la totalité du territoire.

L'anticipation est au centre des préoccupations de toutes les collaboratrices du Brio, comme de chacun des acteurs consultés au cours du projet. Tout ce qui peut être réalisé de manière anticipée, à tous les niveaux de prises en charge et par chacun des partenaires sert à l'économicité du système, à renforcer les collaborations et au bien-être de l'utilisateur dans son parcours au sein du réseau de soins. Dans ce sens, le Brio occupe une place centrale et stratégique au sein du réseau et est visiblement reconnu et plébiscité par les partenaires pour ses capacités d'anticipation, d'orientation et de régulation du système.

Enfin, parvenu au terme de ce projet, nous constatons que ses résultats aboutissent à peu de recommandations de modifications des pratiques du Brio en regard des propositions d'actions d'amélioration émises initialement. Cet état de fait semble illustrer et confirmer que les pratiques actuelles du Brio répondent aux besoins et aux attentes des partenaires.

Parallèlement, nous sommes convaincus que le fait de revisiter les prestations du Brio à la lumière de l'avis des directions et des utilisateurs terrain a permis d'en vérifier et de s'en approprier le sens, tout en tissant des liens entre partenaires afin de dynamiser les collaborations, renforcer la cohérence et l'économicité du système, et offrir aux usagers la meilleure qualité de soins possible tout au long de son parcours dans le réseau de soins.

Le slogan fédérateur du Brio et admis de longue date, « la bonne personne, au bon endroit, au bon moment et avec les bonnes prestations » se confirme à travers les résultats de ce projet.

13. Annexes

1. BRIO NORD BROYE, Groupe de travail séance 3, 5 décembre 2014
2. Mandat du projet
3. Directive concernant le programme cantonal « Bureaux régionaux d'information et orientation » : cadre de référence pour l'orientation de patients, Département de la santé et de l'action sociale, 8 décembre 2009
4. Description de fonction du Bureau régional d'information et d'orientation, RNSB, 11 juillet 2013
5. Mandat du groupe d'experts utilisateurs
6. Mandat du COPIL
7. Couverture horaire et remplacements et couverture horaire de la coordination
8. Relevé des RAD dans la Broye
9. Grille de critères de fragilité
10. Grille d'admission en logements protégés
11. Rencontre avec les directions d'EMS
12. Colloques de liaison/orientation, tableau état des lieux

14. Lexique

➤ ABSMAD	Association Broyarde de Soins et de Maintien à Domicile
➤ ASPMAD	Association pour la Santé, la Prévention et le Maintien à Domicile
➤ Brio	Bureau Régional d'Information et d'Orientation
➤ CAT	Centre d'accueil temporaire
➤ CMS	Centre médico-social
➤ COPIL	Comité de pilotage
➤ Cores	Coordination des réseaux de soins
➤ CPNVD	Centre Psychiatrique du Nord Vaudois
➤ CS	Court séjour
➤ CTR	Centre de traitement et de réadaptation
➤ eHnv	Etablissements Hospitaliers du nord vaudois
➤ EMPAA	Equipe mobile de Psychiatrie de l'Age Avancé
➤ EMS	Etablissement médico-social
➤ IDL	Infirmières de liaison
➤ HIB	Hôpital Inter-cantonal de la Broye
➤ OSRIC	Organisation Sanitaire Régionale Intégrée et Coordonnée
➤ RSBJ	Réseau Santé du Balcon du Jura
➤ RSNB	Réseau Santé du Nord Vaudois
➤ SAD	Soins à domicile
➤ SAMS	Structure d'accompagnement médico-social
➤ SPN	Secteur Psychiatrique Nord
➤ TIO	Trajectoire/Information/Orientation
➤ VDJ	Vallée de Joux

15. Remerciements

Nous adressons nos remerciements chaleureux à :

- Claire Neuville Kopp, responsable du Brio, et Virginie Ricciuti, responsable de la liaison hospitalière pour leur confiance et leur précieuse collaboration
- Toutes les collaboratrices du Brio pour leur aimable accueil sur les sites, leur esprit d'ouverture et de collaboration
- Jessica Tschümperlin, secrétaire du Brio pour son aide et sa participation à la mise en forme du rapport
- Le groupe d'experts utilisateurs pour sa motivation et la richesse des idées amenées
- Le Dresse Schreyer et le Dr Louis pour leur apport en séances de travail
- Le COPIL et son bureau (Mireille Pidoux et Yves Kühne) pour l'accompagnement tout au long du projet
- Le président du COPIL et mandant Yves Kühne pour sa disponibilité et son soutien, ainsi que pour sa participation à la rédaction du présent rapport.