

# DISPOSITIFS DE COORDINATION SANITAIRE : CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT ET FACTEURS D'EVOLUTION

*L'expérience du Bureau d'Orientation des Urgences Médico-Sociales (BOUM) et du programme INTERFACE et leur transposition sur les réseaux de soins*

Auteur : Valérie Blanc, licenciée ès Lettres de l'Université de Lausanne

Professeur : Monsieur Pierre HUARD, Professeur au Centre d'Economie et de Finances Internationales, Université de la Méditerranée (Aix – Marseille II), Professeur invité à l'Université de Lausanne

Experte : Madame Marie-Hélène RUSSI, directrice-adjointe de l'ASPMAD, présidente du groupe de travail de la Conférence de Concertation sur les Systèmes d'Information (CCSI) — Orientation

Mars 2001

*Remerciements ...*

*Je tenais à adresser en tête de ce mémoire mes remerciements à toutes celles et tous ceux, famille, amis, collègues, qui m'ont accompagnée au cours des mois consacrés à l'élaboration de ce mémoire.*

*Je remercie Monsieur le professeur Pierre Huard d'avoir accepté de me suivre dans mes démarches et Madame Marie-Hélène Russi d'avoir accepté de se prêter au rôle d'experte.*

*Un grand merci à Mesdames Brigitte Barussaud, Françoise Waldmann et Chantal Resplendino de m'avoir consacré du temps pour parler de l'orientation. Un merci particulier à Madame Anne-Dominique Micheli Styger de m'avoir alimentée de différents documents. Et enfin merci à l'équipe du BOUM de m'avoir accueilli quelques jours pour suivre leurs activités.*

*Mes remerciements les plus chaleureux vont à Madame Anne Decollogny pour son soutien, sa compréhension, sa relecture et ses remarques avisées qui m'ont permis d'enrichir le texte, et à Madame Renée-Claire Couchepin qui s'est donné la peine de relire d'un œil neuf les pages de ce document.*

# TABLE DES MATIERES

<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>3</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>2. LA PROBLEMATIQUE, LES HYPOTHESES ET LA METHODE.....</b>	<b>8</b>
2.1 LA PROBLEMATIQUE.....	8
2.2 LES HYPOTHESES.....	9
2.3 LA METHODE.....	10
<b>3. PETITE EXCURSION THEORIQUE ET CONTEXTUELLE.....</b>	<b>11</b>
3.1 LES ELEMENTS THEORIQUES POUR L'ANALYSE DES SYSTEMES DE SANTE .....	11
3.1.1 <i>Les constats induisant la réorganisation des systèmes de santé</i> .....	11
3.1.2 <i>Le réseau comme nouvelle forme organisationnelle pour les systèmes de santé</i> .....	12
3.2 LES ELEMENTS THEORIQUES POUR L'ANALYSE DES DISPOSITIFS D'ORIENTATION .....	13
3.2.1 <i>Les choix d'orientation</i> .....	13
3.3 LA RESONANCE ENTRE « SYSTEME DE SANTE » ET « PROCESSUS D'ORIENTATION » .....	15
3.4 LE DISPOSITIF D'ORIENTATION COMME PROGRAMME INTEGRE DANS LES RESEAUX DE SOINS .....	16
3.5 LES ELEMENTS DE LA POLITIQUE VAUDOISE .....	17
3.5.1 <i>Les Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire vaudoise (NOPS)</i> .....	17
3.5.2 <i>Les Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation (BRIOs)</i> .....	17
<b>4. LE BUREAU D'ORIENTATION DES URGENCES MEDICO-SOCIALES (LE BOUM).....</b>	<b>22</b>
4.1 LA GENESE .....	22
4.2 LES OBJECTIFS ET LES MISSIONS DU BOUM .....	22
4.3 DIX ANNEES D'EXPERIENCE ET D'EVOLUTION DU DISPOSITIF BOUM.....	23
4.3.1 <i>Les premiers pas de l'expérience BOUM : la gestion des urgences médico-sociales</i> .....	24
4.3.2 <i>L'introduction et le déploiement des infirmières de liaison dans les sites hospitaliers</i> .....	24
4.3.3 <i>La gestion des disponibilités en lits de long séjour : les prémisses d'un BRIO</i> .....	25
4.3.4 <i>En route vers le BRIO « arcossien » !</i> .....	25
4.3.5 <i>Les principales étapes à retenir</i> .....	26
4.4 LA STRUCTURE ET L'ORGANISATION ACTUELLES DU DISPOSITIF.....	26
4.5 FONCTIONNEMENT ET PRATIQUES DU BOUM .....	27
4.5.1 <i>La mission « Gestion des urgences médico-sociales »</i> .....	27
4.5.2 <i>La mission « Liaison-Orientation »</i> .....	28
4.5.3 <i>La mission « Gestion des disponibilités en lits d'hébergement »</i> .....	28
4.6 LES RESULTATS OBTENUS ET LES ELEMENTS FACILITATEURS .....	29
4.7 LES DIFFICULTES RENCONTREES ET LES OBSTACLES A DEPASSER .....	30
<b>5. LE PROGRAMME INTERFACE .....</b>	<b>34</b>
5.1 LA GENESE .....	34
5.2 LES OBJECTIFS ET LES MISSIONS DU PROGRAMME INTERFACE .....	34
5.3 L'EVOLUTION DU PROGRAMME INTERFACE.....	35
5.3.1 <i>Des premiers pas de l'expérience-pilote INTERFACE à la reconnaissance comme programme du réseau de soins</i> .....	35
5.3.2 <i>L'évolution du programme vers la reconnaissance de premier Bureau Régional d'Information et d'Orientation (BRIO) cantonal</i> .....	36
5.3.3 <i>Les principales étapes à retenir</i> .....	37
5.4 LA STRUCTURE ET L'ORGANISATION DU PROGRAMME.....	37
5.5 LE FONCTIONNEMENT.....	38
5.6 LES RESULTATS OBTENUS ET LES ELEMENTS FACILITATEURS .....	39
5.7 LES DIFFICULTES RENCONTREES ET LES OBSTACLES A DEPASSER .....	42

<b>6. LE BOUM ET INTERFACE : MISE EN PARALLELE DES DEUX DISPOSITIFS.....</b>	<b>41</b>
<b>7. L'ANALYSE DES FACTEURS CLES DES DISPOSITIFS ORGANISATIONNELS D'ORIENTATION .....</b>	<b>45</b>
7.1 LA RICHESSE D'UNE GESTION PARTICIPATIVE.....	45
7.2 DE LA NECESSITE D'UNE FORMALISATION DES PRATIQUES ET D'UNE INFORMATION COHERENTE: LES DIFFICULTES D'UN TRAVAIL A LA JONCTION DES INSTITUTIONS.....	46
7.3 LE PARTAGE D'EXPERIENCES ET L'EXPERIENCE DU PARTAGE POUR TENDRE VERS UNE CULTURE COMMUNE .....	47
7.4 LE ROLE INTEGRATEUR DES DISPOSITIFS D'ORIENTATION.....	48
7.5 COMMENT UN PEU DE COORDINATION PERMET DE GENERER DE LA TRANSPARENCE.....	50
7.6 LE BRIO : OPPORTUNITE OU MENACE POUR LES DISPOSITIFS EN PLACE ? LES COMPOSANTES D'UNE REPONSE.....	50
7.6.1 <i>La limite des relations partenariales fondées sur le « volontariat »</i> .....	50
7.6.2 <i>L'augmentation des demandes et la diversification des missions</i> .....	52
7.6.3 <i>Et l'information à la population au milieu de tout cela ?</i> .....	52
7.6.4 <i>L'apport d'un incitatif financier</i> .....	53
7.6.5 <i>Compenser la perte de pouvoir</i> .....	54
7.6.6 <i>Le BRIO : opportunité ou menace ? Les éléments d'une réponse</i> .....	54
<b>8. LA TRANSPOSITION DES FACTEURS ISSUS DE L'ANALYSE DES DISPOSITIFS D'ORIENTATION SUR LES RESEAUX DE SOINS .....</b>	<b>58</b>
8.1 DES CONDITIONS « CONTEXTUELLES » COMME INCITATIFS DE DEPART A LA CONSTITUTION D'UN RESEAU.....	58
8.2 LES CONDITIONS « TECHNIQUES ».....	59
8.2.1 <i>Une dynamique de connaissance et d'échanges chez les acteurs</i> .....	60
8.2.2 <i>Les supports de l'information et de la communication</i> .....	61
8.2.3 <i>La codification de l'information</i> .....	62
8.3 LES CONDITIONS « SOCIALES ».....	62
8.4 LES CONDITIONS « CULTURELLES ».....	63
8.5 LES CONDITIONS « FINANCIERES ».....	64
<b>9. MISE EN REGARD DES CONDITIONS LIEES AUX « DISPOSITIFS D'ORIENTATION » ET AUX « RESEAUX DE SOINS ».....</b>	<b>64</b>
<b>10. CONCLUSION .....</b>	<b>69</b>
<b>11. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>71</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

ALSMAD	Association lausannoise pour la santé et le maintien à domicile
APREMADOL	Association pour la prévention et le maintien à domicile dans l'Ouest lausannois
APROMAD	Association pour la promotion du maintien à domicile dans la Couronne lausannoise
ARCOS	Association « Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise »
ASPMAD	Association pour la Santé, la Prévention et le Maintien à Domicile, région de Grandson et d'Yverdon
AVDEMS	Association Vaudoise des Etablissements Médico-Sociaux
BOUM	Bureau d'Orientation des Urgences Médico-Sociales
BRIOS / BRIO	Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation
CCRH	Conférence de Concertation sur les Ressources Humaines
CCSI	Conférence de Concertation sur les Systèmes d'Information
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CHYC	Il s'agit du regroupement hospitalier d'Yverdon : sites d'Yverdon, de Chamblon et de Bellevue
CMS	Centre Médico-Social
CSSC	Centre de Soins et de Santé Communautaire du balcon du Jura
CTR	Centre de traitement et de réadaptation
DI-2	Dossier Individuel Informatisé : il s'agit du dossier patient utilisé par les CMS
EPT	Postes Equivalents Plein Temps
FIACRE	Fonds d'Innovation à la Création des Réseaux
INTERFACE	Structure de liaison, de coordination et d'orientation du Nord vaudois
IUMSP	Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive
LIDIS	Outil informatique permettant de visualiser (chez les partenaires) les disponibilités en lits
MAD	Maintien à Domicile
NOPS	Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire
OMSV	Organisme Médico-Social Vaudois
OPARS	Outil d'Orientation des Personnes Agées dans les Réseaux de Soins
PMAD	Programme de Maintien à Domicile
ReNOVA	Réseau du Nord vaudois, région de Grandson et d'Yverdon
SASH	Service des Assurances Sociales et de l'Hébergement
SSP	Service de la Santé Publique
SULID	Outil informatique pour le relevé des disponibilités en lits utilisé par le BRIO

# 1. INTRODUCTION

La question de l'orientation m'est très rapidement apparue comme une thématique importante à traiter dans le cadre d'un mémoire en *Economie et Administration de la santé*. L'orientation est présente dans la vie de chacun ; elle se trouve à tous les carrefours de la vie, là où sont faits les choix qui conditionnent la suite de l'existence. Quand on devient âgé et dépendant, l'orientation est souvent en lien avec une décision capitale, celle de l'hébergement dans un établissement médico-social dans lequel on passera les derniers instants de sa vie.

Malgré l'intérêt que je portais à ce sujet, mes idées sont restées très longtemps noyées d'un épais brouillard ; je n'arrivais pas à dégager un axe d'analyse et encore moins à valoriser une quelconque réflexion.

J'ai trouvé une première esquisse de travail en partant de deux expériences de vie — et d'orientation — qui ont été pour moi capitales.

Après avoir travaillé durant quatre années à l'Organisme Médico-Social Vaudois (OMSV), j'ai entrepris l'introspection de mes connaissances, de ma motivation, de mes difficultés, de mes craintes et de mes envies, de mes ambitions futures, etc. La conclusion a été que je devais choisir une nouvelle route professionnelle : je voulais tenter ma chance en travaillant dans les futurs réseaux de soins. Je me suis renseignée, j'ai suivi des cours liés au sujet, je me suis documentée, j'ai interpellé des personnes qui travaillaient déjà dans ces réseaux afin d'avoir une meilleure connaissance, j'ai essayé de développer mes compétences, ceci pour mettre tous les atouts de mon côté. Et finalement me voilà aujourd'hui réorientée dans le réseau ARCOS.

En parallèle, mon « MOI » intérieur me disait qu'il fallait que je déménage pour tendre vers un nouveau développement personnel et une nouvelle orientation de vie. J'ai choisi ma commune d'habitation, j'ai récolté de l'information sur les appartements libres (internet et journaux), j'ai visité des appartements, je me suis inscrite dans des gérances, jusqu'au jour où j'ai dit : « C'est celui-ci ! » et me voilà aujourd'hui installée dans l'appartement de mon choix.

L'enseignement que je tire de ces orientations me permet de prendre en considération les éléments suivants :

- Mes choix sont sans aucun doute liés à des « contraintes » (temporelles, organisationnelles, pécuniaires, etc.) et à des intérêts (intellectuels, sociaux, culturels, etc.).
- Je reste libre de mes choix : je suis l'actrice principale de mes orientations et de mon existence.
- Je peux acquérir des informations, développer des compétences pour répondre à des conditions clés pour la réussite des changements que je souhaite.
- L'évaluation de mes besoins est déterminante pour mon orientation.
- Mon réseau (entourage, amis, famille, connaissances professionnelles) est un élément essentiel pour m'apporter du soutien, de l'aide, des informations.
- Et enfin, de par mes nouveaux intérêts professionnels, le lien entre « réseaux de soins » et « orientation » s'imposait de lui-même.

En m'appuyant sur mon expérience personnelle, je me demande alors ce qui préside à l'orientation et au choix de la personne âgée et dépendante contrainte d'avoir recours à une aide ? Comment se pose la question de l'évaluation, comment se passe le choix de son orientation du lieu de sa (fin de) vie ? Quelle est son autonomie de décision ? A qui peut-elle s'adresser ? Quelle est la bonne personne à même de l'aider ? De quelles informations bénéficie-t-elle ? Par quelle

organisation, par quelles règles, par quelles contraintes ses choix sont-ils entravés ?

Dans le contexte actuel de vieillissement de la population, de raréfaction des ressources existantes (notamment la diminution des lits d'EMS), il est clair que l'orientation est un enjeu capital et incontournable dans le fonctionnement du système de soins. Dans le cadre des Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire (NOPS) qui touchent le canton de Vaud, les réseaux de soins qui apparaissent ont l'obligation, pour être reconnus d'intérêt public, de développer un Bureau Régional d'Information et d'Orientation (BRIO) dans le but d'offrir à la clientèle une meilleure information et une meilleure continuité dans sa prise en charge entre les institutions.

Déjà à l'écoute du problème spécifique de l'orientation de la personne âgée et dépendante, la région lausannoise et la région yverdonnoise ont développé depuis plusieurs années leur propre dispositif à l'intention des professionnels de la santé et de la population : il s'agit respectivement du BOUM et d'INTERFACE. Ces deux expériences ont permis de mettre en place des relations très riches en termes de collaboration, de coopération, de partage décisionnel et de continuité de prise en charge, entre les partenaires émanant de plusieurs disciplines et d'institutions différentes.

A l'heure où tous les producteurs de soins et de santé (hôpitaux, CTR, médecins libres praticiens, EMS, etc.) s'engagent dans un nouveau processus de relations dans le cadre de la restructuration organisationnelle du système sanitaire, sous une forme de type « Réseau », il serait intéressant de valoriser ces expériences régionales. En effet, cette connaissance développée dans le cadre du BOUM et d'INTERFACE autour des thèmes de la collaboration, de la coordination, de la liaison, de l'orientation, de l'information et donc du partage inter-institutionnel, nous permettra de dégager des conditions clés pour le développement et l'évolution du nouveau paradigme des « Réseaux de soins vaudois ».

## 2. LA PROBLEMATIQUE, LES HYPOTHESES ET LA METHODE

### 2.1 LA PROBLEMATIQUE

La distribution de la santé et des soins dans le canton de Vaud est l'objet d'une transformation structurelle qui la réorganise sous la forme de réseaux de soins. Le remaniement du système de santé doit aboutir à un nouvel équilibre visant à répondre à la « crise du système ». Les enjeux principaux de cette structure organisationnelle de type « Réseau » doivent se traduire par :

- Le décloisonnement du système de santé
- Le patient au cœur du système
- L'accroissement des compétences et la revalorisation des professionnels
- L'amélioration de l'efficacité du système
- La maîtrise des coûts, tout en garantissant la qualité des prestations
- La coordination au cœur du fonctionnement en réseau
- L'orientation des clients comme champ sur lequel s'applique la coordination dans le système de soins.

Tout en ayant connaissance des expériences internationales et des théories relatives à ce sujet, il est néanmoins difficile de prévoir les *facteurs clés* qui pourraient favoriser la mise en place (puis l'évolution) des réseaux de soins dans le paysage vaudois. Quels sont les obstacles qui risquent d'apparaître dans le cadre du développement des processus de coordination entre les producteurs de soins ? Quelle va être l'adhésion des partenaires (personnes et institutions) en termes de collaboration ? Quelles sont les conditions qui vont déterminer la modification du système de santé ? Etc.

Dans le but d'anticiper certains obstacles au fonctionnement et au développement des réseaux de soins, il serait intéressant de procéder à l'observation empirique et à l'analyse (émergence, missions, évolution, fonctionnement, réussites, obstacles) d'une autre structure organisationnelle de type « Réseau » ayant expérimenté des processus de coordination et de collaboration.

En l'occurrence, il existe deux dispositifs proches d'une conception « Réseau » dans le système vaudois, il s'agit de deux expériences de mise en place d'un dispositif organisationnel de collaboration autour de l'orientation que sont le Bureau d'Orientation des Urgences Médico-Sociales (BOUM) et INTERFACE. Ces deux entités se sont développées au cours des dix dernières années dans deux régions spécifiques, Lausanne et Yverdon. Au fil de leurs évolutions respectives, ces deux structures ont travaillé avec des partenaires tels que les Centres Médico-Sociaux (CMS), l'hôpital, les EMS et les médecins traitants pour expérimenter une organisation systématique afin d'offrir à la clientèle (en particulier âgée et dépendante) des réponses mieux adaptées à ses besoins, ceci en développant une collaboration active entre les différents producteurs de soins autour de la prise en charge de la clientèle médico-sociale. L'évolution de ces deux structures est actuellement relancée par la mise en place des réseaux de soins et par l'obligation pour ceux-ci de créer un « Bureau Régional d'Information et d'Orientation » (BRIO). Alors que le BOUM et INTERFACE se sont développés de façon volontaire entre les partenaires régionaux, il est intéressant de mettre en évidence l'impact et l'intégration d'un cadre cantonal émanant de l'Etat sur des structures organisationnelles existantes.



## 2.2 LES HYPOTHESES

Les régions de Lausanne et d'Yverdon abritent depuis plusieurs années leur dispositif d'orientation (respectivement le BOUM et INTERFACE). Ces deux entités se sont développées sur l'initiative des partenaires à partir de constats sur le manque de ressources en termes de lits dans les régions concernées, l'engorgement de l'hôpital et la mauvaise orientation de la population âgée. Dans le cadre des Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire (NOPS), l'Etat rend obligatoire — pour la reconnaissance d'intérêt public — le développement, dans les réseaux de soins, d'un Bureau Régional d'Information et d'Orientation (BRIO). La mise en œuvre de cette nouvelle structure est appuyée par la mise à disposition d'un cadre cantonal de référence, d'un instrument d'aide à l'orientation (OPARS) et d'un logiciel pour la gestion des disponibilités en lits dans les établissements médico-sociaux (SULID); leur mise en place (puis son exploitation) est accompagnée d'un incitatif financier. Le programme INTERFACE a travaillé sur la mise en conformité de son dispositif d'orientation pour devenir le premier Bureau Régional d'Information et d'Orientation reconnu au cours de l'année 2000; tandis que le BOUM projette, quant à lui, de faire du BRIO son projet prioritaire pour l'entrée dans le troisième millénaire de la collaboration au sein du réseau ARCOS.

Il faut souligner qu'au cours de leurs évolutions respectives, les seuls textes qui ont été rédigés sur le dispositif BOUM et le programme INTERFACE l'ont été de façon « interne ». A l'exception des mandats spécifiques de l'IUMSP dans le cadre du suivi et de la mise en place des deux dispositifs<sup>1</sup>, aucun regard « externe » n'a été porté au développement et aux résultats de ces structures novatrices en termes de processus de collaboration et d'orientation. Ce mémoire sera donc l'occasion de porter un regard « externe » sur ces deux expériences régionales et de faire quelques remarques sur les résultats obtenus et les obstacles rencontrés.

<b>Question de recherche n° 1 :</b> Les BRIOs : opportunité ou menace pour les dispositifs d'orientation en place ?
---

A partir de la description du dispositif BOUM et du programme INTERFACE, on va pouvoir dégager les conditions qui influencent l'évolution de structures organisationnelles de type « Réseau ». La question serait alors de voir si certains de ces facteurs, mis en évidence dans la situation donnée de l'orientation, pourraient être transposables à l'échelle des réseaux de soins en cours de constitution.

<b>Question de recherche n° 2 :</b> Quelles sont les conditions susceptibles de faire fonctionner un dispositif de coordination ?
---

---

<sup>1</sup> Le rapport de l'IUMSP concernant le BOUM date de 1992 (sur la base des données de 1991) et celui concernant le programme INTERFACE de 1999 (sur la base d'enquêtes effectuées en 1997 et 1998).

## 2.3 LA METHODE

Pour réaliser mon travail, je vais m'appuyer sur l'étude empirique puis l'analyse des deux structures de type « Réseau » que j'ai choisies préalablement — le BOUM et INTERFACE — pour rendre compte des éléments de réussite ainsi que des difficultés que peuvent rencontrer des dispositifs d'organisation (et de coopération). La finalité sera ensuite d'essayer de transposer les facteurs dégagés dans le cadre des dispositifs d'orientation sur la problématique des réseaux de soins.

La première partie de mon mémoire (chapitre 3) me mettra donc en exergue les constats induisant la réorganisation des systèmes de santé et la question du choix de la forme « Réseau » comme nouvelle forme organisationnelle. Suite à quelques remarques liées à la compréhension et à l'analyse des dispositifs d'orientation, je montrerai la résonance entre les problèmes vécus par le système de santé et les difficultés dans la réalisation d'un processus d'orientation efficient. Ces éléments me permettront de légitimer le choix de mes observations empiriques et de m'assurer que les constats émis à partir de l'analyse de ces deux cas spécifiques ont une portée générale. La place stratégique d'un dispositif d'orientation au sein des réseaux de soins et les éléments de la politique vaudoise (Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire, Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation) me permettront de mettre une dernière touche au cadre théorique et contextuel de mon mémoire.

Les chapitres 4 et 5 nous feront entrer dans l'observation des deux processus d'orientation que sont le BOUM et le programme INTERFACE. L'étude de ces deux entités devra faire apparaître le contexte de départ (urgence), les objectifs et les missions, l'évolution, la structure et l'organisation, le fonctionnement, pour aboutir aux résultats obtenus et aux difficultés rencontrées. Nous aboutirons dans le chapitre 6 à la mise en parallèle de ces deux structures.

Le chapitre 7 va porter sur l'analyse des conditions de fonctionnement et d'évolution des deux dispositifs d'organisation étudiés, et donc la mise en évidence des facteurs centraux qui pourraient conditionner la réussite et les obstacles pour des dispositifs organisationnels dans le domaine de l'orientation. Dans cette partie, on trouvera les éléments de réponse à notre première question de recherche relative à l'impact de l'introduction du cadre cantonal pour l'orientation : « Les BRIOs : opportunité ou menace pour les dispositifs d'orientation en place ? »

En dépassant l'étude de ces deux cas spécifiques et en sortant de la problématique de l'orientation, le chapitre 8 sera une tentative de transposition des éléments vus préalablement à l'échelle des réseaux de soins qui se mettent en place. Je donnerai ainsi une réponse à la deuxième question de mon travail : « Quelles sont les conditions susceptibles de faire fonctionner un dispositif de coordination ? » Le neuvième chapitre permettra de mettre en regard les éléments dégagés dans les deux chapitres précédents avant d'aborder une modeste conclusion à ce document.

## 3. PETITE EXCURSION THEORIQUE ET CONTEXTUELLE

### 3.1 LES ELEMENTS THEORIQUES POUR L'ANALYSE DES SYSTEMES DE SANTE

Dans le contexte, maintes fois évoqué, de la diminution des ressources et de la réduction des coûts, l'impact grandissant du vieillissement démographique de la population va entraîner une augmentation très sensible du nombre de personnes âgées dépendantes<sup>2</sup> devant être prise en charge pour des problèmes médicaux et médico-sociaux. Cet état de fait va accentuer progressivement la pression sur les structures sanitaires. A ce problème qui touche tous les partenaires du système de soins, seule une réponse coordonnée permettra de faire face de manière efficace aux nouvelles demandes. Ces différents constats ont amené le canton de Vaud à entreprendre la révolution de son système de santé et à s'orienter vers la mise en place de « Réseaux de soins » comme nouveaux processus organisationnels entre les fournisseurs de soins.

#### 3.1.1 Les constats induisant la réorganisation des systèmes de santé

Dans le cadre de l'émergence des réseaux de soins comme nouvelle forme organisationnelle pouvant sortir les systèmes de santé de leur « marasme ambiant », trois dimensions récurrentes sont particulièrement développées : il s'agit de la forte différenciation des fournisseurs de soins, du manque de coordination et du manque de régulation chez les partenaires du monde sanitaire<sup>3</sup>.

##### 3.1.1.1 L'importante différenciation

Le système de santé se caractérise par la forte différenciation et la spécialisation des activités dans ce domaine. La progression de la technique médicale a entraîné chez ses acteurs le développement de compétences techniques de plus en plus importantes pour détecter les maladies de plus en plus tôt et pour en affiner le diagnostic. En parallèle, la gamme des solutions que l'on peut apporter s'est également élargie. La résolution des problèmes de santé requiert des connaissances de plus en plus précises qui font qu'elles sont de la compétence de spécialistes ; ces professionnels sont alors capables de résoudre des problèmes de santé de plus en plus complexes et de plus en plus rapidement. Le domaine de la santé a donc développé des pôles de compétences hyper spécialisées pour la prise en charge de clientèles spécifiques. L'enrichissement de la gamme des services a permis l'amélioration de la qualité de chacune d'entre elles et a donné différents avantages aux professionnels concernés<sup>4</sup>.

##### 3.1.1.2 Le manque de coordination

Si la gamme des services tend à se différencier, elle devrait en parallèle développer la mise en correspondance des différents centres de compétence pour tendre vers une meilleure efficacité du système ; ce n'est pas toujours le cas. Sans modèle donné, les différents acteurs développent de façon individuelle des règles et des modalités originales de fonctionnement uniquement en lien avec

---

<sup>2</sup> Voir à ce propos les différentes études qui font état du vieillissement démographique et celles qui montrent l'augmentation des démences, des situations d'Alzheimer, etc.

<sup>3</sup> Cette partie se base sur les différentes présentations, articles, cours et documents du professeur Pierre Huard ; mais également sur l'article de Dominique Le Bœuf. Pour les références exactes, je vous renvoie à la bibliographie de ce mémoire.

<sup>4</sup> Il s'agit notamment de l'autonomie par le fait qu'il est très difficile de contrôler une activité très spécialisée si on n'a pas de connaissance équivalente. Et un « pouvoir » pour ces professionnels qui ont acquis des compétences hautement qualifiées et reconnues.

leur propre pratique.

La combinaison de l'importante différenciation des acteurs avec le développement très restreint de coordination (constat de cloisonnement) entre les différents pôles du monde de la santé entraîne inévitablement une perte d'efficacité dans le système et des difficultés pour articuler une continuité de la prise en charge cohérente pour le patient.

Le renforcement de la coordination au niveau des partenaires et des activités du secteur de la santé apparaît dès lors comme une stratégie majeure pour l'amélioration de l'efficacité et de la qualité, mais surtout pour la bonne orientation du client dans le système. Il faut viser le développement des relations de coopération entre les composantes autonomes au sein du système sanitaire.

Dans le contexte actuel de la diminution des ressources, de la complexification des prises en charge dues au vieillissement démographique, du développement toujours plus rapide de nouvelles compétences spécialisées, les carences de coordination dans les systèmes de santé posent de plus en plus de problèmes et exigent que des mesures soient rapidement trouvées pour que les patients et les professionnels puissent tendre vers de meilleures solutions, et ceci à un coût plus efficace pour la société.

### 3.1.1.3 Le manque de régulation

Dans un système marchand, le client a toutes les informations nécessaires pour évaluer la qualité du projet et l'adéquation au prix. Dans le domaine de la santé, on se trouve dans une situation de régulation non marchande, dans laquelle le consommateur n'a pas toutes les données nécessaires (constat de dissymétrie d'information) pour « bien » consommer. D'autre part, le client ne paie pas l'entier de ce qu'il consomme (intervention des pouvoirs publics et des assurances) et sa consommation est conditionnée par les professionnels de la santé<sup>5</sup>. Les tarifs et les nomenclatures sont négociées entre les assurances maladie et les pouvoirs publics, ce qui est une forme de régulation<sup>6</sup>. Les ressources qui sont employées par le système étant beaucoup trop élevées par rapport à l'utilité qu'il produit, il en résulte une efficacité globale du système très basse.

### 3.1.2 Le réseau comme nouvelle forme organisationnelle pour les systèmes de santé

Le développement des réseaux dans les réformes des systèmes de santé est une nouvelle solution organisationnelle se définissant comme un dispositif de coopération entre unités de production autonomes. Il s'agit donc d'une forme composite et un peu paradoxale, savant mélange des caractéristiques des formes de marché et de hiérarchie, qui permet d'atteindre un nouvel équilibre<sup>7</sup>. Pour bien comprendre la distinction entre le réseau et les deux principales formes organisationnelles que sont le « marché » et la « hiérarchie », reprenons brièvement ce qui les caractérise :

- Le **marché** : c'est le système des prix qui conditionne le flux des échanges et les mécanismes de l'offre et de la demande. L'intégration et la régulation du système se font par le biais de la coordination des activités. Les partenaires du système de production sont autonomes, ils se côtoient par le biais de relations ponctuelles et décentralisées ; le marché n'implique pas d'engagement durable pour les parties en présence. Cette forme organisationnelle se caractérise par sa flexibilité et son adaptabilité au niveau décisionnel.

---

<sup>5</sup> C'est le professionnel de la santé qui a la connaissance et qui peut, de fait, inciter à la consommation. Toutefois, soulignons qu'il existe une autorégulation de la profession qui contrôle elle-même ses membres (dispositifs de contrôle déontologique).

<sup>6</sup> Les pouvoirs publics mettent en œuvre de multiples réglementations encadrant le fonctionnement de l'activité sanitaire. Si cet encadrement concerne souvent les coûts, il ne porte pas directement sur les décisions des professionnels et ne produit donc pas toujours des effets déterminants en matière d'efficacité.

<sup>7</sup> Pierre Huard et Jean Paul Moatti, Introduction à la notion de réseau, in « Gestions Hospitalières », décembre 1995, pp.735-738.

Mobilité des agents, rapidité des décisions, labilité des relations, échanges immédiats, flexibilité du système. La coordination entre les agents se fait sans une autorité centrale.

- La **hiérarchie** : elle est régie par un principe d'autorité centralisée ; c'est elle qui coordonne les activités et distille les informations. L'intégration est verticale. La communication est véhiculée par des supports formalisés (directives, procédures). Un système hiérarchique suppose une autorité acceptée par tous, fondée sur des normes et des valeurs partagées. Les relations entre les acteurs sont contractuelles et impliquent donc une certaine dépendance entre des fonctions de la structure. Cette forme d'organisation se caractérise par sa stabilité qui permet l'accumulation d'expériences, d'apprentissages par le biais d'un certain nombre de répétitions dans les actes et les échanges.

## 3.2 LES ELEMENTS THEORIQUES POUR L'ANALYSE DES DISPOSITIFS D'ORIENTATION

### 3.2.1 Les choix d'orientation

Tout au long de notre existence, nous sommes confrontés à des choix qui conditionnent l'orientation et la direction de notre vie: le choix d'une orientation scolaire, celui d'une orientation professionnelle, les choix au niveau de notre vie familiale et affective, etc. Il s'agit toujours de choix dans lesquels nous sommes les acteurs du changement et donc de la couleur que nous voulons donner à notre existence. L'orientation est conditionnée par nos expériences passées, l'évaluation de la situation (pertes, risques et gains), nos craintes, nos espoirs, notre culture, nos croyances, nos références et les conseils qui peuvent nous être donnés.

Pour comprendre sur le « terrain » la réalité de l'« orientation » et les mécanismes en place, je suis allée à la rencontre des infirmières du BOUM pour les suivre dans leur activité de liaison et d'orientation. Après la résolution des problèmes cliniques (ou leur stabilisation) gérés par l'équipe médicale, ces infirmières évaluent les besoins médico-sociaux des patients et l'orientation qui serait la plus souhaitable pour eux, compte tenu de leurs déficiences et de leurs attentes. Puis elles font les démarches nécessaires et organisent les transferts.

Les rencontres que j'ai pu faire lors de ces journées m'ont touchée et m'ont rendu attentive aux difficultés de l'orientation : les attentes des patients, leur résignation, leur détresse, leurs colères, leur souffrance, l'interaction entre l'équipe médicale et l'infirmière « sociale », l'interaction avec les partenaires du réseau, les démarches administratives pour trouver une structure d'accueil, la nécessité de bien connaître le réseau, la coordination entre professionnels de diverses institutions, etc. L'orientation implique un choix entre plusieurs alternatives, un choix dans lequel la personne doit être active dans le changement. Orienter la personne n'implique pas uniquement de la déplacer d'un point à un autre, mais de trouver l'endroit le plus adéquat à ses attentes, ses croyances, ses besoins, tout en proposant une solution économiquement acceptable pour la société. La décision finale d'orientation est toujours le résultat d'une négociation entre toutes les personnes concernées par la situation, afin que celle-ci soit la plus acceptable possible. L'orientation est toujours l'aboutissement, d'un long cheminement de la personne et de son entourage. Et lorsqu'il s'agit plus spécifiquement d'un hébergement de long séjour, le chemin passe inévitablement par des deuils successifs (celui des habitudes, de l'autonomie, de son domicile) et par une résignation face à une orientation qui concerne souvent la dernière étape de la vie.

L'orientation doit passer par une information éclairée des uns et des autres sur les possibilités (et les disponibilités) du système, les conditions économiques, les limites de la solution proposée. Il faut rester attentif au fait que l'orientation ne doit pas uniquement être conditionnée par des critères

économiques<sup>8</sup> mais également par des critères éthiques. Le choix de vivre à domicile (avec ou sans aide) ou d'aller dans une institution doit être une liberté pour l'individu, car ce choix-là suppose souvent que l'on cherche à finir ses jours dans un endroit que l'on a choisi et dans lequel on a envie de se sentir bien.

---

<sup>8</sup> Récemment, un arrêté du Tribunal Fédéral des Assurances a donné gain de cause à une personne qui souhaitait continuer à vivre à domicile, tandis que son assurance (Visana) ne voulait plus payer les prestations des soins à domicile, qui revenaient à l'assurance plus cher que si cette personne était hébergée dans un EMS.

Cette autonomie de la décision dans les choix d'orientation est-elle toujours garantie dans le système de santé ? Y a-t-il au moins un accompagnement approprié et une information éclairée qui permettent de ne pas s'égarer ?

D'un point de vue « culturel », il est intéressant de constater que les dictionnaires, sur le thème de l'*Orientation*, ne traitent pas la question de l'orientation de la personne âgée. Pourtant, dans nos sociétés occidentales, les problèmes d'orientation occuperont une place centrale pour que l'efficacité des systèmes soit atteinte. Dans notre vocabulaire, on parlait auparavant de placement et d'hébergement, pour parler de cette étape de la vie, et maintenant, on cherche à « orienter la personne âgée », ce qui marque bien une évolution dans la pensée et la mise en place de nouveaux processus. Au-delà de la pure modification linguistique, il y a l'apparition d'un nouveau concept avec la volonté de mieux diriger la personne dans le circuit sanitaire et de lui fournir des informations pour réaliser un choix, de lui offrir une meilleure continuité de prise en charge, mais également la volonté d'une meilleure rationalisation des ressources.

### 3.3 LA RESONANCE ENTRE « SYSTEME DE SANTE » ET « PROCESSUS D'ORIENTATION »

Les lacunes qui ont entraîné l'émergence et la mise en place de nouveaux dispositifs pour l'orientation de la clientèle répondent aux mêmes constats que ceux que l'on peut relever dans l'analyse des systèmes de santé :

- La **forte différenciation des acteurs** et le **cloisonnement des institutions**. L'hôpital, le Centre de traitement et de réadaptation (CTR), les centres médico-sociaux (CMS) et les médecins traitants font chacun de l'orientation ; celle-ci se base sur des critères professionnels et institutionnels non partagés. Leurs pratiques sont conditionnées par les enjeux stratégiques qui leur sont propres, et par leur connaissance plus ou moins bonne des autres acteurs du système.
- De la **multiplicité des acteurs** qui font de l'orientation dans les institutions du secteur sanitaire résulte une multiplication des demandes et des effets « système ». Il est impossible de quantifier le nombre de demandes d'orientation.
- Le **manque de ressources** : compte tenu de la diminution du nombre de lits d'hébergement, un nombre important de personnes ne trouvent pas de place disponible dans les EMS et engorgent les lits de soins aigus et de réadaptation.
- L'importante différenciation et la multiplicité des acteurs entraînent une **grande liberté de décision** et une **autonomie** des différents protagonistes. La décision d'orientation d'un client n'est pas sous-tendue par une évaluation conjointe des personnes intervenant dans la situation.
- Le **manque de coordination**. Chaque professionnel réalise l'orientation de son client sans chercher à se coordonner avec les différentes entités du système de santé pour trouver la solution la plus adéquate : il en ressort des lacunes dans la préparation au placement, peu de gestion de l'urgence médico-sociale<sup>9</sup>, peu de préparation des sorties de l'hôpital, etc. Cet état peut entraîner la redondance de certaines actions entreprises. Les acteurs et leurs institutions se coordonnent de façon ponctuelle et spontanée dans des situations spécifiques. On voit apparaître la mise en place de multiples réseaux parallèles fondés sur l'expérience et les relations que les uns et les autres entretiennent entre eux.

---

<sup>9</sup> Le BOUM définit l'urgence médico-sociale par « une rupture d'équilibre intervenant dans un réseau (primaire ou secondaire) déjà fragilisé et qui généralement entraîne une orientation inadéquate des patients, le plus souvent vers l'hôpital », ceci dans une situation de prise en charge où le problème médical n'est pas (ou plus) au premier plan.

- La **dissymétrie de l'information**. Le problème peut être mis en évidence à plusieurs niveaux : d'une part, on remarque qu'il n'y a pas toujours toutes les informations qui suivent le client et qui permettent d'avoir les données pertinentes pour évaluer au mieux son orientation. D'autre part, il n'existe pas de visibilité de l'offre et des demandes dans le système : il y a un manque d'information sur les possibilités existantes et sur les personnes en attente de placement qui entraînent de réelles difficultés pour les professionnels comme pour les clients et leur famille.
- Il n'y a pas de règlements **homogènes** dans le cadre des processus d'orientation et d'accès aux prestations (structures).
- La **consommation qui n'est pas toujours adéquate** : une meilleure orientation permettrait d'éviter des hospitalisations inappropriées et des hébergements en long séjour d'une clientèle pour laquelle d'autres solutions pourraient être trouvées (soins à domicile et/ou recours aux structures intermédiaires).

### 3.4 LE DISPOSITIF D'ORIENTATION COMME PROGRAMME INTEGRE DANS LES RESEAUX DE SOINS

Le dispositif d'orientation est central dans le cadre des réseaux de soins puisqu'il permet, au travers d'un projet concret, partagé par les différents partenaires de la prise en charge des clients, de mettre en œuvre les éléments indispensables à leur bonne marche en réseau :

- Une recherche d'efficacité dans le système sanitaire en mettant le bon client, au bon endroit, au bon moment.
- Le développement des interfaces entre les institutions du système de soins.
- Une décision conjointe pour l'orientation et la trajectoire du client.
- Un suivi des demandes et des clients renforcé par une évaluation commune.
- Une coordination (et une information) autour des disponibilités en structures (gestion de l'offre).
- Une communication et un échange d'information.
- L'acquisition de nouveaux outils communs et le développement d'apprentissage.
- Une connaissance réciproque (missions, limites, prestations, clientèles, etc.).

Si le projet de l'orientation ne peut pas trouver une place centrale dans le développement des réseaux de soins, le réseau n'a pas de raison d'être. Par contre, si ce projet permet d'engendrer de nouvelles collaborations, il permettra sans aucun doute d'atteindre une orientation plus efficace de la population et une meilleure intégration du réseau de soins. La gestion d'un programme d'orientation engage les acteurs à une réflexion d'ensemble sur le parcours optimal du patient ; au-delà de la stricte coordination que devrait procurer le réseau, il s'agit réellement de développer un projet où le client est au centre des préoccupations, où chacun tend à participer au meilleur choix d'orientation.

L'orientation est aussi une fonction vitale du réseau sanitaire et c'est une réponse particulièrement adaptée aux défis posés aux systèmes sanitaires, notamment par les nouveaux besoins de la population vieillissante au sein de laquelle les maladies chroniques et dégénératives occupent une place prépondérante. Du point de vue de leur organisation et de leur fonctionnement, les processus d'orientation se matérialisent au carrefour des institutions, et touchent de front les intérêts de chacune d'entre elles. Elles ont besoin de se faire confiance et d'appivoiser ensemble ce dispositif dont la force est redoutable parce que valorisant les compétences et les responsabilités de tous les acteurs en présence, du patient-consommateur aux différents soignants de l'équipe pluridisciplinaire.



C'est une sorte de lieu de partage de l'information, du savoir et du pouvoir impliquant une approche globale des problèmes de santé et réunissant des compétences spécifiques et pluridisciplinaires. La décision d'orientation se concrétise par un projet élaboré avec le client, son entourage et l'ensemble des professionnels concernés par la problématique ; elle n'est ni uniquement administrative ni exclusivement médicale<sup>10</sup>.

Bien orienter, c'est pouvoir adresser le plus rapidement possible le patient au bon endroit par rapport à ses attentes et ses besoins de santé, mais également à l'endroit le plus économique pour la société compte tenu des attentes de celle-ci. Une prise en charge est composée de séquences. Pour que ces séquences soient cohérentes, il faut de l'échange et de l'information, des règles élaborées et partagées entre les acteurs, une confiance réciproque autour de l'évaluation et un suivi de la trajectoire du client.

## 3.5 LES ELEMENTS DE LA POLITIQUE VAUDOISE

### 3.5.1 Les Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire vaudoise (NOPS)

Le canton de Vaud mène une réforme de son système de santé depuis l'année 1998<sup>11</sup>, sous le nom de « Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire » (NOPS). La priorité de cette réforme est la création de réseaux de soins<sup>12</sup>, soit le développement d'un « dispositif de coopération **volontaire** mais **structuré** de fournisseurs de soins, doté d'une instance commune de direction. Le rayon d'action d'un réseau de soins est déterminé par son attractivité, c'est-à-dire par la provenance des patients qui s'adressent à lui »<sup>13</sup>. La loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) définit les réseaux de soins comme suit (article 2a) : « Un réseau de soins est un regroupement volontaire d'établissements sanitaires et d'autres fournisseurs de prestations. Ses membres poursuivent des objectifs partagés en matière de gestion des ressources et de prise en charge. Le réseau a sa personnalité juridique »

La finalité de ces réseaux de soins est de promouvoir une meilleure coordination de l'offre sanitaire, l'optimisation de l'orientation des patients et l'économicité des prestations. Le patient est replacé au centre des préoccupations des différents protagonistes du système de santé.

### 3.5.2 Les Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation (BRIOs)

#### 3.5.2.1 L'origine du concept

L'histoire des dispositifs d'orientation en terre vaudoise ne débute pas avec la genèse des réseaux de soins et l'obligation pour ceux-ci de mettre en place un BRIO, mais plusieurs années avant avec le développement des deux réponses spécifiques aux problèmes d'orientation, le BOUM et INTERFACE. L'élaboration du concept BRIO a pu bénéficier des années d'expériences de ces deux entités et venir au premier plan grâce (ou à cause) de :

---

<sup>10</sup> Marie-Hélène Russi, Gérald Simon et Georgette Gaille, Orientation des clients d'un réseau sanitaire : de la définition politique à la gestion, ALASS, CALASS'98.

<sup>11</sup> Cette réforme de la politique sanitaire a été adoptée par le Grand Conseil vaudois en novembre 1997.

<sup>12</sup> Les trois autres piliers de la réforme sont :

- Des contrats de prestations entre l'Etat et les réseaux (contrats qui associent explicitement l'allocation de ressources à l'atteinte de résultats définis, négociés et contrôlés ensemble).
- Des modalités de financement liées aux prestations (ou groupes de prestations), et non plus aux institutions.
- Une information de la population qui permette à celle-ci d'exercer le contrôle démocratique du système de santé et d'exprimer ses besoins en matière de soins.

<sup>13</sup> Repris du site NOPS.

- La vague des mesures des programmes d'économie d'EMS 2000 qui visent une réduction du nombre de lits de long séjour, et ceci malgré les perspectives démographiques.
- La place des NOPS et le développement des réseaux de soins qui doivent aboutir à la mise en place de filières de prise en charge pour certaines catégories de clients.

On retrouve donc l'origine et les principes d'un Bureau Régional d'Information et d'Orientation (BRIO) dans un document de janvier 1998 « Modalités d'aide à la décision d'hébergement »<sup>14</sup>. Ce projet de rapport contient les réflexions et les recommandations du groupe de travail d'EMS 2000<sup>15</sup> qui consistait à « définir des modalités d'aide à la décision d'hébergement adaptées à différentes clientèles-cibles et portant sur les nouvelles demandes d'admission ». Dans la perspective du programme EMS 2000 qui comporte des mesures de réduction de l'offre d'hébergement, un groupe de travail est mandaté pour « proposer aux partenaires concernés des modalités d'organisation et de gestion permettant de faire face aux enjeux à court et à moyen terme relatifs à la diminution de l'offre d'hébergement prévue dans le cadre d'EMS 2000 »<sup>16</sup>.

Le concept BRIO a donc été mis sur pied à l'époque dans un contexte de diminution du nombre de lits d'hébergement et non pas directement dans la dynamique des réseaux de soins « nopsiens » ; l'incidence de cet état de fait est qu'une orientation plus efficiente devient une condition indispensable pour utiliser au mieux les disponibilités existantes. Il est mis en évidence que de nouvelles modalités d'orientation devraient permettre un traitement neutre et équitable des demandes et devraient impliquer une coordination des différents services impliqués. Dans les notes provisoires, les premières propositions qui sont faites passent par une évaluation commune des situations, une centralisation de l'information sur les lits disponibles, des modalités de gestion des places disponibles et des modalités de gestion des demandes. Dans le cadre de ce contexte spécifique, le groupe de travail propose de se concentrer, lors de la première étape, sur les modalités d'aide à la décision d'hébergement spécifiques à différentes clientèles-cibles dans une perspective de gestion de la réduction de l'offre et de l'utilisation optimale des lits de long séjour disponibles.

Après quelques corrections et adaptations, ce document « provisoire » donnera lieu à une version définitive qui deviendra le cadre de référence pour la mise en place des BRIOs proposé par les Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire :

Construire les réseaux de soins — Les BRIOs — Bureaux régionaux d'information et d'orientation— Cadre cantonal pour l'orientation des patients <sup>17</sup>

### 3.5.2.2 Les BRIOs dans les réseaux NOPS

Dans le cadre de la réforme du système sanitaire vaudois, les réseaux qui se développent ont comme obligation pour être reconnus d'intérêt public de mettre en place un dispositif d'orientation (principalement pour les personnes âgées et chroniquement dépendantes) répondant aux exigences d'un Bureau Régional d'Information et d'Orientation (BRIO)<sup>18</sup>.

Le BRIO doit se développer en définissant, dans le cadre du réseau de soins, ses « modalités pratiques d'organisation » ; le cadre de référence cantonal précise les missions qui doivent être

<sup>14</sup> Le rapport, sous la forme « projet », a été soumis au début de l'année 1998 pour être ensuite complété et discuté en automne 1999 entre le Département de la Santé et de l'Action Sociale et les représentants des Réseaux.

<sup>15</sup> Ce groupe de travail est composé de représentants de l'AVDEMS, du GHRV, de l'OMSV, du SASH, du SHC et du SSP.

<sup>16</sup> EMS 2000 – FORUM, Groupe de travail : Modalités d'aide à la décision d'hébergement, Recommandations, projet, 28 janvier 1998.

<sup>17</sup> La référence complète est la suivante :

Chantal Resplendino, Construire les réseaux de soins – les BRIOs – Bureaux régionaux d'information et d'orientation – Cadre cantonal pour l'orientation des patients, Etat de Vaud, SASH, Lausanne, 1999.

<sup>18</sup> Voir le cadre cantonal de référence pour l'orientation des patients cité ci-dessus.

remplies par la structure<sup>19</sup>:

- Centraliser et gérer l'information sur les lits de long séjour disponible (annoncés par les EMS et divisions C) et tenir cette information à disposition des partenaires intéressés.
- Disposer également de l'information sur les places de court séjour et en UAT, le cas échéant en logements protégés, et tenir cette information à disposition des partenaires intéressés.
- Centraliser les demandes d'admission de long séjour, recueillir les évaluations disponibles et les compléter ou procéder lui-même à l'évaluation le cas échéant.
- Tenir à disposition des partenaires intéressés la liste des demandes de placement.
- Faire des propositions d'hébergement de long séjour aux personnes, à leur entourage ainsi qu'aux institutions d'hébergement, ceci dans la mesure où des choix et des alternatives sont possibles.
- En l'absence d'alternative, négocier avec les établissements concernés l'attribution des places de long séjour disponibles, en tenant compte des demandes prioritaires.
- Mettre au point des modalités de collaboration avec les autres bureaux régionaux d'information et d'orientation, et ceci notamment pour les personnes qui souhaitent être hébergées dans une autre région.

Le BRIO est un programme minimum qui peut être complété par différentes autres fonctions telles que celles qui sont actuellement assurées par les deux programmes déjà en fonction, le BOUM et INTERFACE. Mais le dispositif BRIO doit comprendre les éléments suivants<sup>20</sup> :

- L'obligation pour les membres du réseau d'annoncer systématiquement toutes les disponibilités en lits de long et de court séjour et, progressivement, les places disponibles pour un accueil temporaire.
- Le recours à un outil d'aide à l'orientation des personnes âgées, OPARS.
- L'utilisation d'un logiciel de suivi des lits disponibles (SULID), tenu à jour en temps réel dans chaque réseau mais accessible en lecture depuis tous les réseaux.
- La fourniture d'un set d'informations permettant l'évaluation du rôle effectif des BRIOs.

L'Etat met à la disposition des réseaux qui développent leur BRIO deux outils pour faciliter cette nouvelle activité :

- L'OPARS : un outil d'aide à la décision pour l'orientation des personnes âgées qui se base sur des profils de dépendance. L'objectif de cet instrument est de « faciliter l'appréciation et l'explicitation des besoins des personnes âgées présentant une dépendance fonctionnelle chronique, puis d'élaborer en conséquence, dans la concertation, l'ensemble des prestations médico-sociales de longue durée le mieux adapté aux attentes et préférences de la personne concernée et de ses proches »<sup>21</sup>. Cet outil permettra également de confronter les besoins de la clientèle aux disponibilités du réseau.
- Le SULID : un logiciel de suivi des lits disponibles qui a pour but de « faciliter la gestion et l'échange de l'information »<sup>22</sup>.

---

<sup>19</sup> Cadre cantonal pour l'orientation des patients, op. cit., page 8.

<sup>20</sup> Repris de l'article de Chantal Resplendino, op.cit., page 3.

<sup>21</sup> Brigitte Santos Eggimann, OPARS, IUMSP, Lausanne, octobre 2000.

<sup>22</sup> Cadre cantonal pour l'orientation des patients, op.cit., page 5.

Le projet « BRIO » est inscrit dans chacun des contrats de prestations signés entre l'Etat et le réseau de soins concerné, de même que les informations statistiques que le BRIO doit rendre pour que le suivi et l'évaluation du dispositif puissent être faits en fin d'année.

### 3.5.2.3 Le financement des BRIOs

La mise en place et l'exploitation des BRIOs sont financées au titre des réallocations des économies réalisées dans le cadre du programme EMS 2000 ; pour ce faire, le Service de la Santé Publique a inscrit un montant annuel de 1 million de francs.

Au cours de la période de transition, les réseaux de soins reçoivent une contribution financière pour la mise en place de ce programme d'orientation. Cet incitatif financier comprend d'une part un montant de 250 francs par année et par lit géré dans le cadre du BRIO, et d'autre part une compensation financière si le taux moyen des établissements du réseau diminue entre 98% et 95% à la suite de la gestion centralisée des disponibilités.

Les règles de redistribution de même que les informations à transmettre sont précisées dans les conventions de collaboration et les contrats d'association entre les établissements et la direction du réseau.

Chaque année, les modalités de la compensation financière peuvent être revues et corrigées, ceci en lien avec le contrat de prestations. A la fin de la période de transition, l'ensemble du mécanisme de financement devrait trouver une nouvelle voie.

## 4. LE BUREAU D'ORIENTATION DES URGENCES MEDICO-SOCIALES (LE BOUM)

### 4.1 LA GENESE

A la fin des années 80, le système de soins de la région lausannoise<sup>23</sup> se caractérise par une constellation de partenaires sanitaires travaillant de façon non coordonnée (cloisonnement institutionnel très important), qui génère un éclatement des responsabilités et une absence de politique commune en termes de prise en charge et d'orientation pour la population âgée. A cela s'ajoute une pénurie de lits de long et de court séjour, un manque d'unités d'accueil temporaire, une absence de lits de réadaptation gériatrique et une organisation encore morcelée de l'aide et des soins à domicile.

Cet état de fait aboutit à un phénomène d'engorgement du CHUV<sup>24</sup> qui assume à la fois une mission d'hôpital de zone et celle d'hôpital universitaire cantonal. Cela met en évidence la nécessité d'offrir à la population âgée et dépendante des solutions alternatives et mieux adaptées lorsqu'elle ne nécessite pas (ou plus) de soins hospitaliers et qu'un placement dans un établissement de long séjour ne serait pas la solution idéale. Il apparaît que bien des situations d'urgence nécessitent une hospitalisation faute d'autres solutions, alors que l'urgence n'est pas forcément médicale.

A la suite de ces constats, les réflexions et les travaux auxquels s'associent la Ville de Lausanne, le Service de la Santé Publique (SSP) et l'Organisme Médico-Social vaudois (OMSV) vont tenter de pallier cette situation en donnant naissance en 1990 à un projet-pilote : le Bureau d'Orientation des Urgences Médico-Sociales (BOUM), ceci en même temps qu'apparaît le premier Centre Médico-Social (CMS) lausannois<sup>25</sup>.

### 4.2 LES OBJECTIFS ET LES MISSIONS DU BOUM

La région lausannoise recouvre plus de 40% de la population vaudoise et se caractérise par un taux de personnes âgées (et isolées) supérieur à la moyenne cantonale. Alors que cette région semble être au bénéfice d'un grand nombre de médecins et de structures sanitaires (nombre de lits hospitaliers, EMS, CTR), l'offre institutionnelle est clairement insuffisante et la multiplicité des acteurs (avec leur logique propre) ne va pas de pair avec la collaboration.

---

<sup>23</sup> Et, dans une certaine mesure, le système sanitaire vaudois.

<sup>24</sup> Le CHUV est constamment confronté à la difficulté de trouver — pour sa clientèle âgée et dépendante — un lieu d'hébergement dans la région lorsque le retour à domicile s'avère impossible. Ceci entraîne inévitablement une prolongation de la durée de séjour hospitalière et un engorgement des lits A (soins aigus) et B (réadaptation). Dans la majeure partie des cas, il s'agit de situations d'urgence où la dimension sociale ou psychosociale (isolement, solitude, décompensation d'une situation d'équilibre fragile à domicile, etc.) est plus dominante que la dimension médicale.

<sup>25</sup> Une des stratégies développées pour répondre aux besoins de la population âgée et dépendante dans le canton de Vaud a été la réorganisation et le renforcement des services d'aide et de soins à domicile dans le cadre du *Programme de maintien à domicile* (en lien avec l'expérience EXPI) ; au début des années 90, l'OMSV entreprend un projet de régionalisation des services d'aide et de soins à domicile qui aboutit à la création des Centres Médico-Sociaux (CMS) regroupés en Associations/Fondations régionales.

Dans ce contexte, la mission générale du dispositif BOUM est d'offrir une réponse alternative visant à « détourner le flux des hospitalisations inappropriées, de raccourcir la durée de séjour hospitalier, d'éviter le placement définitif<sup>26</sup> ; fer de lance d'une politique de maintien à domicile, le BOUM est rattaché à l'Association lausannoise des soins à domicile (ALSMAD).

Le dispositif d'orientation et de gestion des urgences médico-sociales, le BOUM, se situe à l'interface des partenaires (EMS, CMS, hôpitaux, CTR et médecins traitants) ; il intervient chaque fois que se posent des problèmes médico-sociaux, en appui aux soins à domicile et aux médecins, lorsqu'il s'agit de redéfinir la prise en charge de patients dépendants, âgés, en situation de crise, qui souhaitent encore vivre chez eux mais qui présentent un risque élevé d'hospitalisation ou d'hébergement.

Les objectifs de ce dispositif sont de :

- Prévenir les hospitalisations sociales.
- Raccourcir les hospitalisations notamment par la préparation anticipée des démarches de sortie.
- Orienter les patients de manière optimale dans le réseau sanitaire en fonction de la mission spécifique des institutions.
- Gérer, en collaboration avec les CMS, des situations de crise à domicile.
- Conseiller les partenaires sur les disponibilités et les offres spécifiques du réseau.
- Faciliter le parcours institutionnel du patient.

La structure du BOUM s'organise en trois fonctions complémentaires qui sont sous-tendues par la mission d'orientation et qui sont apparues successivement dans l'évolution du dispositif BOUM :

- La gestion des urgences médico-sociales : les infirmières du BOUM répondent à des urgences médico-sociales dans le milieu ouvert par un renforcement des prestations de maintien à domicile (prestations d'infirmières ou d'auxiliaires, veilles d'urgence) ou par l'organisation d'un court séjour dans un des EMS signataire d'une convention avec le dispositif.
- La liaison et l'orientation des patients sont réalisées par des « infirmières de liaison » à l'intérieur des sites hospitaliers (CHUV, Orthopédique, Plein Soleil, Lavaux, CTR de Sylvana). Ces professionnelles évaluent les besoins des patients avec une problématique médico-sociale, anticipent les démarches de sorties et organisent des transferts vers des structures appropriées ; ceci en collaboration avec l'équipe médicale et soignante, le client et son entourage (famille, médecin traitant).
- La gestion des disponibilités des lits de long séjour mis à la disposition du BOUM sur la base d'une convention de collaboration avec certains EMS (au nombre de huit).

### 4.3 DIX ANNEES D'EXPERIENCE ET D'EVOLUTION DU DISPOSITIF BOUM

La création du BOUM voit son origine dans la nécessité de répondre au problème des hospitalisations inappropriées ; la mise en place de ce dispositif va ouvrir la voie à la volonté politique de développer une pratique de réseau à la frontière des institutions de soins, et donc d'amener les partenaires du système de santé à modifier leur comportement pour apporter leur contribution à l'édification d'un réseau cohérent de prise en charge. Ainsi cette expérience de collaboration novatrice en 1990 sera une première étape dans la création d'un réseau de soins coordonnés dans la région lausannoise.

Les trois missions (la gestion des urgences médico-sociales, la liaison-orientation et la gestion

---

<sup>26</sup> Josiane Antille, Le BOUM : Un modèle vaudois de prise en charge alternative, conférence SYSTED, Genève, mai 1994.

de l'offre disponible dans huit EMS) apparaissent comme trois phases successives dans l'évolution du dispositif. Après dix années d'activité, le dispositif du BOUM s'oriente actuellement vers une nouvelle redéfinition conditionnée par la nécessité d'une réorganisation interne mais surtout par l'apparition du réseau de soins ARCOS et la mise en place des BRIOs.

#### 4.3.1 Les premiers pas de l'expérience BOUM : la gestion des urgences médico-sociales

La gestion des urgences médico-sociales est historiquement la première mission du BOUM, celle pour laquelle il a été créé en 1990 et qui avait pour but d'éviter les entrées inappropriées au CHUV : la pénurie des lits de long séjour, des équipes pluridisciplinaires de maintien à domicile en cours de constitution et l'engorgement récurrent du CHUV imposent que les personnes âgées et dépendantes soient orientées de façon plus efficiente et que, au moment de l'urgence médico-sociale<sup>27</sup>, le recours à l'hospitalisation ou à l'hébergement de longue durée ne soit pas la seule issue.

Pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixé avec ses partenaires, le BOUM se dote d'une petite équipe d'infirmières pour intervenir dans les plus brefs délais à domicile et signe une convention avec trois établissements médico-sociaux qui acceptent de lui confier la gestion de leurs lits de court séjour, pour en disposer comme lits d'urgence. Disposant d'une permanence 24 heures sur 24<sup>28</sup>, le BOUM est à disposition de tous les professionnels (médecins, soins à domicile) du milieu ouvert pour prendre en charge les personnes en situation d'urgence non médicale à domicile.

Cette première phase axée sur le milieu ouvert, et agissant en amont de l'hôpital, a permis au dispositif d'expérimenter de nouvelles collaborations avec les médecins traitants, les EMS et les acteurs de l'aide et des soins à domicile. Au cours des deux premières années d'activité, les liens ont pu s'établir entre les partenaires du système sanitaire de la zone I et les pratiques des uns et des autres ont pu être identifiées.

L'activité « Urgences médico-sociales » a progressivement baissé, reprise peu à peu par les CMS qui ont élargi leurs horaires et qui, de ce fait, peuvent répondre, pour une bonne part, à ce type de demande. En gros, les urgences médico-sociales au domicile ne sont plus, actuellement, l'activité prépondérante du BOUM.

#### 4.3.2 L'introduction et le déploiement des infirmières de liaison dans les sites hospitaliers

Cette deuxième mission est la suite logique de la première, car pour éviter des hospitalisations inappropriées comme pour faire ressortir les patients de l'hôpital dans les meilleurs délais, la présence dans les services de l'hôpital d'infirmières dont la mission est d'organiser la sortie ou le transfert est indispensable. Les sorties doivent être préparées et il est nécessaire de trouver des ressources pour assurer une prise en charge adéquate dans le milieu ouvert (prise en charge CMS, organisation d'un court séjour, d'un placement, etc.).

Les directions des différents partenaires impliqués dans le dispositif sont très rapidement convaincues de l'efficacité de ce dispositif novateur au sein de l'hôpital. Petit à petit, la présence d'infirmières de liaison est sollicitée dans la plupart des services du CHUV<sup>29</sup> et des autres hôpitaux (Orthopédique, Sylvana, Plein Soleil, et récemment Lavaux). Les institutions qui avaient des assistantes sociales pour effectuer ce type d'activité recentrent les prestations de ces professionnelles sur la gestion des problèmes sociaux et financiers, tandis que les infirmières de liaison assurent l'ensemble de l'organisation des sorties et des transferts, qu'il s'agisse d'un retour à domicile avec de l'aide et des soins d'un CMS, d'un transfert vers un centre de traitement et de réadaptation, d'une entrée dans un EMS pour un court séjour ou un hébergement définitif (ceci en lien avec l'équipe

---

<sup>27</sup> Pour la définition des urgences médico-sociales proposées par le BOUM, je vous renvoie à la note 9 de la page 14 de ce mémoire.

<sup>28</sup> La nuit, c'est le central de la garde médicale qui prend le relais.

<sup>29</sup> Très prochainement, tous les services du CHUV seront dotés d'une infirmière de liaison du BOUM.



médicale et soignante, le client, la famille, voire le médecin traitant).

### 4.3.3 La gestion des disponibilités en lits de long séjour : les prémisses d'un BRIO

Cette mission est la dernière-née des missions du BOUM. Elle s'inscrit dans la continuité des deux missions précédentes : pour que l'orientation soit la plus optimale possible et qu'elle soit réalisée dans les meilleurs délais, le dispositif doit connaître les disponibilités en lits de long séjour et pouvoir négocier des priorités à l'entrée de l'établissement. En 1993, la première convention de collaboration regroupant les services de maintien à domicile de la région lausannoise, les Hospices et quatre EMS est signée ; elle prévoit l'annonce systématique des lits disponibles dans ces établissements au dispositif BOUM et le principe d'un séjour d'observation. L'équipe du BOUM est chargée de recueillir toutes les demandes de lits émanant des infirmières de liaison, des CMS et des autres institutions concernées dans le but de négocier les entrées en gérant les priorités. En 1995, la convention est prorogée et quatre nouveaux établissements rejoignent la démarche.

### 4.3.4 En route vers le BRIO « arcossien » !

Dans la perspective des réseaux de soins — *et plus particulièrement celui de la communauté de la région lausannoise, le réseau ARCOS* — la problématique de l'orientation est incontournable : mais quel est l'avenir du BOUM avec la mise en place du BRIO ? Dans les faits, le BOUM ne répond pas en tant que tel à l'« AOC » de BRIO, par le fait que sa mission « gestion des disponibilités » ne concerne qu'une partie réduite des établissements du réseau et non pas l'ensemble. Actuellement, seuls 8 établissements sur 43 annoncent officiellement leurs lits libres, et une vision globale de l'offre comme de la demande est totalement inexistante. Le BRIO a pour but de gérer le plus rationnellement possible les lits d'EMS disponibles, ceci en centralisant l'ensemble des informations sur l'offre en lits et la demande d'hébergement, en orientant le plus adéquatement possible la demande vers l'offre correspondante et en offrant des solutions alternatives à l'hébergement lorsque c'est possible.

Avec la mise en place et le développement du réseau ARCOS et du BRIO, le BOUM va faire face à une nouvelle mutation. C'est en partant des missions actuelles du BOUM que le BRIO va se constituer. A l'heure actuelle, les partenaires du réseau ARCOS se sont déjà mis d'accord sur un principe de base : le « BRIO arcossien » qui devrait se mettre en place contiendrait les trois missions actuelles du BOUM, soit la gestion des urgences médico-sociales, la liaison-orientation et la gestion des disponibilités en lits.<sup>30</sup>

Cette nécessaire « remise en question » du dispositif de liaison et d'orientation de la région lausannoise va également de pair avec un constat de situation de « crise » au sein de l'équipe même du BOUM.

L'année 2001 sera l'année de la mise en place du projet BRIO dans le cadre du réseau ARCOS. Pour aider à cette démarche, le réseau a engagé une coordinatrice qui travaillera avec le secrétariat général d'ARCOS, la direction du BOUM, ainsi que les représentants des partenaires à la direction de projet et au groupe de référence<sup>31</sup> du réseau pour résoudre les multiples questions qui subsistent et mettre en place ce projet.

---

<sup>30</sup> L'Assemblée générale du réseau du 23 novembre a adopté le document présentant les lignes directrices du projet BRIO dans le cadre du réseau ARCOS.

<sup>31</sup> La direction de pilotage de même que le groupe de référence du projet sont composés de représentants des différents pôles du réseau, soit les soins aigus et la réadaptation, le maintien à domicile, les EMS et les médecins libres praticiens.

#### 4.3.5 Les principales étapes à retenir

Mise en place du BOUM : mission d'urgence médico-sociale. Signature d'une convention avec des EMS qui acceptent de mettre des lits de court séjour à disposition.	1990
Introduction de la première infirmière de liaison dans le service des urgences du CHUV	1992
Accord de collaboration pour l'expérience BOUM entre quatre EMS, l'ALSMAD, l'APREMADOL, l'APROMAD et les Hospices. Ces quatre EMS s'engagent à annoncer leurs disponibilités en lits de long séjour au BOUM.	1993
Renforcement de la liaison	Dès 1993
Prorogation de l'accord de collaboration. Quatre EMS supplémentaires se joignent à la démarche en acceptant d'annoncer leur disponibilité en lits de long séjour au BOUM.	1995
Le BOUM reçoit le prix européen « La maison en couleur » <sup>32</sup>	1995
Le BOUM est associé à l'expérience d'hospitalisation à domicile.	1998-1999
Mise en place du réseau ARCOS	1999
Mise en place du projet « BRIO » dans le cadre du réseau ARCOS et engagement d'une coordinatrice	2000
Redéfinition des missions du BOUM et de son organisation	2001
Mise en place du BRIO dans le cadre du réseau ARCOS	2001

#### 4.4 LA STRUCTURE ET L'ORGANISATION ACTUELLES DU DISPOSITIF

Les infirmières du BOUM sont la neuvième équipe de l'Association lausannoise pour la santé et le maintien à domicile (ALSMAD) composée de huit CMS qui sont responsables des prestations d'aide et de soins à domicile sur la commune de Lausanne. Alors que les CMS de l'ALSMAD interviennent sur un territoire bien délimité, la limite géographique des activités du BOUM déborde (par définition) sur les communes et districts adjacents<sup>33</sup>.

L'effectif des infirmières du BOUM se répartit comme suit :

- La majorité des postes du BOUM aujourd'hui sont affectés à la liaison dans les différents services et sites hospitaliers, soit 15 équivalents plein temps (EPT) sur les 23 EPT que compte l'équipe.
- 4 EPT s'occupent de la gestion des urgences médico-sociales.
- Une personne gère l'information émanant des EMS conventionnés annonçant les disponibilités en lits de long séjour en les mettant en relation avec les demandes d'hébergement.
- L'équipe est complétée par 3 postes d'administration.

La responsable du programme encadre et supervise l'entier de l'équipe des infirmières dans les sites hospitaliers comme celles qui interviennent dans l'ambulatorio. Elle a comme responsable hiérarchique la directrice de l'ALSMAD. Les objectifs et les décisions sont fixés par la responsable du BOUM et la directrice de l'ALSMAD en fonction des besoins des partenaires (Hospices, CMS,

<sup>32</sup> Ce prix a été remis à l'occasion de l'assemblée générale de l'Organisation européenne des services de soins et d'aide à domicile.

<sup>33</sup> Concernant les urgences médico-sociales, le BOUM offrent ses prestations aux trois Associations de soins à domicile de la région lausannoise (ALSMAD, APREMADOL et APROMAD). Les postes d'infirmières de liaison dans les services du CHUV mettent ses professionnelles en contact avec une clientèle médico-sociale provenant de l'ensemble du canton.

EMS, médecins traitants, etc.).

Le BOUM étant rattaché au programme de maintien à domicile par le biais de l'ALSMAD, le financement du dispositif transite par l'organisme faitier qui est l'OMSV ; c'est donc par lui que passent les subventions de l'Etat, de l'OFAS, de la Ville de Lausanne, la contribution de l'APREMADOL et de l'APROMAD, le financement des Hospices et la facturation aux clients et aux assurances maladie. Pour l'année 2000, le budget total du BOUM est de l'ordre de 3 millions : 25% l'OMSV (par les subventions cantonales), 33% les partenaires de liaison (Hospices<sup>34</sup>, CHUV, etc.), 16% l'OFAS, 12% la Ville de Lausanne, 2% l'APREMADOL et l'APROMAD, 1% les assurances maladie et 1% les clients. On pourra noter que les EMS, quoique partenaires du dispositif, ne participent pas à son financement.

Le fait que les mêmes infirmières du BOUM assurent par tournus ces trois missions favorise l'efficacité du dispositif et procure à ces professionnelles une légitimité dans les hôpitaux où elles assurent la liaison avec toutes les structures en aval. De plus, le fait que les infirmières du BOUM aient la responsabilité de faire ressortir les patients des lits de court séjour dont elles ont la responsabilité les oblige à bien cibler l'orientation. Les infirmières du BOUM partagent une même « culture » puisqu'elles appartiennent à une même entité.

Les infirmières du BOUM se retrouvent lors de colloques d'équipe qui leur permettent de mettre en commun leur pratique professionnelle et leur expérience. Ces rencontres permettent à ces professionnelles de réfléchir et d'échanger avec leurs collègues leur pratique dans des situations vécues.

## 4.5 FONCTIONNEMENT ET PRATIQUES DU BOUM

### 4.5.1 La mission « Gestion des urgences médico-sociales »

Pour assurer sa mission de gestion des urgences médico-sociales, le BOUM s'appuie sur une équipe de soins d'urgences à domicile (composée d'infirmières et d'auxiliaires) et d'une unité de courts séjours non planifiés (accueil d'une clientèle avec un bon pronostic de retour à domicile) permettant des entrées rapides, quel que soit le niveau de dépendance du patient. Le dispositif assure une permanence téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, en prenant en charge des demandes non médicales qui leur sont orientées par la centrale des médecins, les CMS, les médecins traitants, etc. En journée, les infirmières du BOUM interviennent en 2<sup>e</sup> ligne pour les CMS de la région. Le personnel du BOUM réalise également des veilles dans les situations qui le nécessitent. Le bureau d'orientation des urgences médico-sociales n'est accessible qu'aux professionnels. De jour comme de nuit, les infirmières du BOUM interviennent à domicile dans les situations d'urgence médico-sociale après une brève évaluation téléphonique, et conviennent avec le médecin de l'orientation la plus appropriée. Elles procèdent à un bilan médico-social de la situation, proposent des solutions d'aide (soutien intensif à domicile, hébergement provisoire dans une unité de court séjour d'EMS) dans le but de prévenir une hospitalisation qui ne se justifierait pas.

La gestion des personnes hébergées en lits de court séjour urgent implique de recevoir les demandes, organiser l'entrée, définir avec le service impliqué un projet de soins, organiser et être responsable de la sortie, tandis que l'EMS est responsable, au cours du séjour, des soins et des aspects socio-hôtelières. Le bureau est responsable de la gestion et de l'attribution des lits dits de court séjour non planifié dans les établissements signataires du contrat de collaboration. Les admissions sont faites en concertation avec l'EMS. Le BOUM transmet les informations qui sont requises par l'établissement pour ce type d'hébergement, et assure également le suivi des séjours et

---

<sup>34</sup> Les infirmières de liaison sont financées pour moitié par les Hospices et l'ALSMAD. Depuis la forte inflation de ces professionnels dans les différents services du CHUV, les Hospices prennent en charge le déficit, soit 500 000 francs.

la sortie des patients concernés.

#### 4.5.2 La mission « Liaison-Orientation »

Les infirmières de liaison sont déléguées dans les services hospitaliers par le BOUM dans le cadre d'un contrat de collaboration passé entre le BOUM et le CHUV. Dans les différents services hospitaliers, elles sont présentes 5 jours sur 7. Alors qu'en 1992, une première infirmière de liaison fait son entrée dans le service des urgences de médecine du CHUV, aujourd'hui l'efficacité de ces professionnelles est reconnue par la direction du CHUV et par les partenaires, ce qui a entraîné l'extension du dispositif dans les différents secteurs de l'hôpital.

Dans ce cadre-là, l'infirmière est chargée de proposer et d'organiser un projet individualisé pour la suite de la prise en charge (retour à domicile, transfert CTR, admissions en long et court séjour, etc.) du patient. Elle aide à trouver l'orientation la plus appropriée pour le client dans l'optique d'éviter la prolongation de l'hospitalisation, ceci en effectuant ou participant à une évaluation des besoins médico-sociaux de la personne.

Lors de l'introduction de l'infirmière de liaison dans le service des urgences de médecine, il était convenu que l'infirmière de liaison réalise avec le chef de clinique la visite des personnes qui ont été admises au cours de la nuit. Cela permet d'anticiper avec le patient et sa famille les démarches de sortie. Aujourd'hui, on voit que la pratique diverge très fortement d'un service à l'autre, compte tenu du fonctionnement du service et de la disponibilité des médecins comme des chefs de clinique.

L'orientation de la clientèle hospitalière était auparavant confiée aux assistantes sociales<sup>35</sup> ; le BOUM a choisi des infirmières, dont la particularité est qu'elles n'appartiennent pas à l'hôpital, mais qu'elles sont rattachées aux soins à domicile. Ce choix a été fait dans le but de faciliter la communication et la transmission des informations entre professionnels ayant le même langage, des connaissances de base communes ; de plus les problèmes des personnes âgées dépendantes sont en grande majorité des problèmes de soins élargis.

#### 4.5.3 La mission « Gestion des disponibilités en lits d'hébergement »

L'entrée dans les lits de long séjour des EMS passe de nombreux problèmes : pénurie de lits, politiques d'admission différentes d'un établissement à un autre, méconnaissance des lits disponibles, etc. La quête d'une place en long séjour est d'autant plus difficile depuis l'hôpital car les patients sont généralement plus dépendants (et pas toujours totalement stabilisés). Le BOUM met en évidence que pour tendre vers une diminution de la durée des séjours hospitaliers et offrir à la clientèle une réelle orientation, il est nécessaire de redéfinir les principes en vigueur. Suite aux démarches auprès des établissements médico-sociaux, une convention signée par les différents protagonistes, et incluant quatre EMS, convient de l'annonce systématique au BOUM de toutes les places de long séjour disponibles au sein des quatre EMS concernés. Le BOUM réceptionne les demandes de lits de long séjour provenant des différents services placeurs (CMS, infirmières de liaison, EMS, etc.) et les met en relation avec les annonces de disponibilité. Lorsque le nombre de demandes est supérieur à l'offre, c'est l'infirmière qui s'occupe de la gestion des disponibilités et la responsable du dispositif qui définissent les priorités. Le BOUM intervient pour mettre ensuite les parties en contact, puis n'intervient plus dans les négociations. Même si les quatre EMS annoncent leurs disponibilités en lits, ils conservent le droit de refuser, de différer ou d'accepter un client dans leur institution. Dans le cadre de cette convention, il est encore spécifié que si l'EMS reçoit une demande d'hébergement directe, il doit en informer le CMS concerné pour qu'un bilan des ressources en milieu ouvert puisse être effectué, voire qu'une alternative à l'hébergement définitif soit proposée.

Lorsqu'en 1995, les partenaires décident de proroger l'accord de collaboration et que quatre

---

<sup>35</sup> La mission du service social jusque-là responsable de la sortie des patients a été redéfinie, puis recentrée sur la gestion des problèmes sociaux des patients.

EMS supplémentaires entrent dans la démarche, les principes de fonctionnement et le contenu de l'accord restent identiques.

Le fonctionnement entre ces établissements médico-sociaux et le BOUM est fixé dans le cadre d'un contrat de collaboration. Ces EMS ont normalement renoncé à leur liberté d'admission : ils annoncent — *en principe* — toutes leurs disponibilités en lits au BOUM qui gère ensuite les attributions de place en fonction des demandes qu'il reçoit<sup>36</sup>, de l'urgence, de la lourdeur du cas, etc. Leur gestion de la priorité passe également par la nécessité d'éviter d'engorger le CHUV en prolongeant les durées de séjour au sein de cet établissement. Le placement dans un établissement fait de toute façon l'objet d'une négociation entre les partenaires concernés par la situation. La préparation et la négociation se font autour de la réalisation d'un séjour d'observation<sup>37</sup> avant le placement définitif.

Aujourd'hui, le fonctionnement proposé dans le cadre du contrat de collaboration n'est pas toujours mis en œuvre rigoureusement. Dans la réalité, on constate que les établissements signataires de la convention n'annoncent pas systématiquement leurs lits disponibles tandis que d'autres le font sans toutefois avoir un accord précis avec le BOUM !

## 4.6 LES RESULTATS OBTENUS ET LES ELEMENTS FACILITATEURS

La mise en place du dispositif BOUM et son développement dans la région lausannoise au cours de ses dix années d'existence ont su bénéficier d'un certain nombre de conditions de réussite que nous allons mettre en évidence ci-après.

### ☺ La mise en place d'un dispositif de collaboration novateur

Le BOUM est le résultat de réflexions et de travaux conduits conjointement par les autorités politiques de la Ville, par le canton et par les partenaires de soins (hôpital, soins à domicile et EMS) pour mettre en place un dispositif novateur en matière de collaboration et d'orientation. La mise en place du « bureau » a permis la construction des fondements du réseau de soins coordonnés de la région lausannoise.

Le système a ainsi permis de dynamiser les relations entre les acteurs du système : après les craintes et les réticences, les EMS (comme les autres partenaires) ont vu les bénéfices de cette nouvelle collaboration. Ce dispositif d'orientation et de gestion des urgences médico-sociales est la mise en œuvre d'une collaboration novatrice et d'une pratique de réseau autour de la coordination des décisions dans la démarche de l'orientation.

Pour les infirmières de cette équipe du BOUM : elles bénéficient d'une place privilégiée de par leur position à l'interface des institutions et de par leur mobilité au sein du secteur sanitaire de la région lausannoise. Elles jouent un rôle de « catalyseur » et font émerger les éléments de complémentarité entre les différents partenaires.

Le BRIO et INTERFACE voient leur origine dans l'expérience-pilote du BOUM ; les deux structures ont repris de nombreux principes testés dans le contexte lausannois.

### ☺ Un système de rotation au sein de l'équipe

Le personnel du BOUM s'organise sous la forme d'un tournus entre les fonctions de gestion des urgences médico-sociales, liaison-orientation, gestion des disponibilités en lits de long séjour. De

---

<sup>36</sup> Demandes émanant du CHUV, des soins à domicile et des autres organismes concernés.

<sup>37</sup> Le séjour d'observation est un séjour « provisoire » d'une durée d'un mois environ ; à l'issue de celui-ci, on procède à une évaluation qui aboutit à la décision concernant un placement définitif ou un retour à domicile. Cette décision est prise d'un commun accord entre la personne, son entourage, les soins à domicile et l'EMS.

plus, les infirmières de liaison passent d'un service à l'autre au sein du CHUV.

Cet organisation permet aux infirmières de la structure d'orientation et de gestion des urgences médico-sociale de conserver une large connaissance du système sanitaire, que cela soit au niveau des sites hospitaliers, ou au niveau du milieu ouvert (soins à domicile, hébergement de long séjour, structures intermédiaires).

#### ☺ **Un impact rapide sur l'engorgement de l'hôpital**

Après la mise en place du dispositif, on a pu très rapidement constater une diminution des personnes en attente de placement dans les lits A et B de l'hôpital.

#### ☺ **La redéfinition du BOUM en lien avec le BRIO et le réseau ARCOS : une nouvelle opportunité ?**

A l'heure actuelle, l'apparition des réseaux de soins accompagnée de la création d'un bureau régional d'information et d'orientation donne au BOUM une chance de se remettre en question, de redéfinir ses missions et ses objectifs, et ainsi de s'orienter vers un nouvel avenir.

Pour le réseau ARCOS, la problématique de l'orientation et la mise en place du BRIO sont un projet prioritaire ; dans le cadre de cette mutation, l'ensemble des partenaires est présent pour participer aux réflexions et aux travaux. Cette évolution du BOUM vers le BRIO doit impérativement passer par une consolidation interne conduite par l'équipe du BOUM et sa direction actuelle (l'ALSMAD) avant de s'orienter vers une nouvelle phase de son évolution. Le BOUM doit se positionner clairement sur ses compétences afin qu'elles soient légitimées dans le cadre du BRIO auprès des partenaires et du réseau ARCOS. Ils doivent prendre une part active dans ce changement puisqu'ils sont au centre et que le dispositif d'orientation est une des raisons d'être (si ce n'est la raison d'être) du réseau de soins.

Le BOUM a été conçu pour être imbriqué dans le réseau sanitaire et pour en être l'une des articulations centrales ; c'est ce qui lui a permis de constamment pouvoir s'adapter au contexte qui se présentait à lui et c'est ce qui lui permettra, une fois de plus, d'affronter cette nouvelle mutation. Alors qu'au cours des années, le BOUM n'a pas eu les moyens d'aller au-delà de la coopération volontaire dont la limite a été une participation restreinte des EMS, le BRIO apparaît comme une nouvelle autorité qui va obliger l'ensemble des établissements à se redéfinir dans un nouveau processus de coopération.

## 4.7 LES DIFFICULTES RENCONTREES ET LES OBSTACLES A DEPASSER

#### ☺ **Une gestion passant par un seul partenaire**

Dès le départ, le dispositif a été rattaché à un seul partenaire du dispositif, en l'occurrence le maintien à domicile. Par délégation, l'ALSMAD (par le biais de sa directrice et de son conseil d'association) a reçu le mandat de la gestion de cette unité supplémentaire ; compte tenu de son lien avec l'OMSV, c'est cet organisme qui gère les aspects logistiques et financiers du dispositif. Alors que dans les premières années, certaines réunions ont donné l'occasion aux uns et aux autres de se rencontrer, les échanges sont devenus de plus en plus épisodiques, pour être actuellement inexistant<sup>38</sup>.

Il est intéressant de constater que les EMS, tout en étant des partenaires incontournables dans le fonctionnement du BOUM et dans l'organisation du réseau comme de l'orientation de la population, ne sont parties prenantes ni pour le financement (alors que le BOUM est réellement un pivot pour leur activité au sein du réseau) ni pour le processus décisionnel du dispositif.

Le CHUV accueille les infirmières de liaison mais n'assure pas la logistique ; la direction de l'hôpital ne participe pas à la vision stratégique de l'évolution de la structure. Comme ces professionnelles dépendent d'une entité extérieure, il est difficile pour elles d'avoir des relais

---

<sup>38</sup> A part dans des situations particulières pour résoudre des problèmes spécifiques.

internes.

La responsable du programme est directement en lien avec la directrice de l'ALSMAD. Il n'y a pas de « groupe de pilotage » et de « groupe technique » qui pourraient jouer un rôle d'appui pour l'équipe du BOUM et sa responsable. En cas de problèmes ou de difficultés, l'équipe du BOUM et sa direction se retrouvent très seules et ne bénéficient pas d'une autorité (légitimité) qui pourrait être actionnée pour les soutenir. Le pilotage est donc « unilatéral » de la part de l'ALSMAD et le résultat est une absence totale de relais chez les partenaires pour faire partager les difficultés rencontrées.

### ☹ **L'après « expérience-pilote »**

Alors que l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) a effectué un descriptif de la clientèle et des prestations du BOUM en 1991, que les contrats de collaboration ont été prorogés en 1995, il n'y a pas clairement eu de phase pilote ni même d'évaluation qui auraient pu ensuite donner lieu à la mise en place d'un vrai programme, reconnu comme tel.

Il eût été pertinent de pouvoir disposer d'une évaluation qui mette en évidence l'évolution des missions et des objectifs du BOUM, l'évolution des collaborations avec les partenaires, le degré de satisfaction des professionnels et des clients ainsi que l'efficacité de ce système organisationnel. Pour orienter les travaux que le réseau ARCOS doit mener pour déterminer la forme et la structure du futur BRIO, il devrait pouvoir bénéficier d'informations pertinentes pour déterminer au mieux les perspectives de ce dispositif en lien avec le dispositif actuel, le BOUM.

### ☹ **Une information et une gestion partielles des disponibilités, source de tensions et de conflits**

Alors que les principes développés par le BOUM sont réellement novateurs, ils ont souffert d'une participation partielle des établissements. Comme seulement 8 établissements sur 50 ont adhéré à la convention d'annonce des disponibilités en lits de long séjour, il y a une superposition des systèmes et des modalités de fonctionnement en vigueur. Le résultat est qu'il n'y a aucune vision complète des disponibilités en structure et pas de vision de la demande.

Le BOUM ne connaît pas l'entier des disponibilités de l'offre, ni l'entier des demandes en termes de demandes d'hébergement. La demande étant supérieure à l'offre, des tensions émergent lorsque des places deviennent libres. Les infirmières du BOUM qui s'occupent de la gestion des disponibilités en lits se trouvent entre « le marteau et l'enclume », entre les souhaits des infirmières de liaison qui doivent sortir les patients de la structure hospitalière et les CMS qui atteignent les limites du maintien à domicile.

Cette multiplicité des systèmes est accentuée par le fait que l'hôpital de psychogériatrie a ses propres assistantes sociales qui font de l'orientation et entretiennent des liens privilégiés avec certains établissements médico-sociaux. Les CMS s'adressent ponctuellement au BOUM pour des demandes d'hébergement de long séjour mais ils cherchent également des disponibilités dans les EMS par leurs propres moyens. Cette mixité des procédures, où chacun s'occupe de ses propres clients, met les services placeurs et le BOUM dans une dynamique de concurrence qui n'est pas propice à l'efficacité du système.

### ☹ **Un BOUM mal vendu aux partenaires et un manque de formalisation**

Dans les faits, on remarquera que les missions du BOUM et ses activités sont extrêmement mal connues des autres acteurs de la région. Le BOUM est perçu différemment en fonction de la mission qu'il assume et suivant qu'il offre des solutions (pour les patients d'hôpital, par ex.) ou qu'il est au contraire demandeur de solutions (auprès des EMS, des CTR ou des CMS, principalement).

Depuis les documents fondateurs, il n'y a pas de textes qui explicitent clairement les missions, les activités, les modalités de collaborations entre les partenaires. Les règles de fonctionnement et les pratiques n'ont pas donné lieu à une formalisation sous forme de protocoles ou de conventions.

Le pourcentage des EMS qui participent à la démarche n'a pas augmenté au cours des années ; de fait, cette participation restreinte ne permet pas d'assurer la fluidité du parcours des clients et des flux dans le réseau. Ce qui est aussi révélateur de l'adhésion limitée aux démarches entreprises et du

peu de forces mises pour promouvoir l'extension du dispositif.

On se trouve là à la limite de la coopération volontaire. Seuls 8 EMS ont accepté d'entrer dans une dynamique de coopération avec le BOUM. Au cours de ces années d'expérimentation, il n'y a pas eu d'autorité qui a incité les autres établissements à participer.

### ☹ **Peu d'information fiable sur le dispositif**

Les informations statistiques sont très lacunaires, on peine à dégager l'activité effectuée dans le cadre des trois missions conduites par l'équipe du BOUM. Comment évaluer ce qui est fait ?

Le système d'information n'a absolument pas suivi l'évolution rapide du BOUM au cours de ces dernières années : pas d'ordinateurs, pas d'accès aux dossiers des clients (DI-2) de l'APREMADOL et de l'APROMAD, pas toujours d'accès direct à un fax, pas de dossier patient propre qui permettrait de répertorier l'information sur la clientèle (caractéristiques, demandes, solutions proposées et trouvées, etc.). De plus, les infirmières de liaison ne peuvent pas communiquer entre elles pas le biais de l'informatique car elles sont limitées par différents problèmes logistiques qui ont été soulevés ci-dessus : seuls le téléphone, le bout de papier, le crayon sont les moyens dont elles disposent à l'heure actuelle !

### ☹ **Des pratiques différenciées et une réception fort différente au sein des services hospitaliers**

Il n'est pas possible de décrire unilatéralement le fonctionnement des infirmières de liaison, car elles doivent s'adapter au fonctionnement des services qui les reçoivent, et l'introduction d'une nouvelle culture au sein du CHUV n'est pas évidente. Dans certains services, elles ont été le révélateur de dysfonctionnements qui se traduisent par des prolongations du séjour et des orientations mal définies, au sein d'un projet thérapeutique lacunaire<sup>39</sup>.

Elles sont des personnes étrangères à la hiérarchie de l'hôpital, donc le pouvoir ne peut pas s'exercer sur elles comme sur le reste du service, alors qu'elles jouent un rôle clé. N'appartenant pas à la hiérarchie de l'hôpital, elles n'ont pas de relais pour résoudre les problèmes qu'elles rencontrent.

La liaison est devenue, en termes de dotations en personnel et d'activité, la mission la plus consommatrice du BOUM. L'hôpital a une politique de « dégagement » : dans le rapport d'activité du BOUM on trouve déjà en 1995 une réflexion sur ce sujet en lien avec la diminution de la durée de séjour : « La machine à sortir s'emballe... », ce qui met d'autant plus de pression sur leur activité.

### ☹ **« Etre à la fois au four et au moulin »**

Le BOUM a connu, au cours de ces dernières années, une évolution exponentielle des demandes, des prestations et des membres de l'équipe. La responsable du BOUM s'est trouvée face à un travail qui mêlait à la fois des aspects administratifs, des aspects de gestion de la structure et des ressources humaines, des remplacements pour des postes pour lesquels elle ne trouvait personne, du « relationnel » avec les partenaires, des relations avec la direction, etc. Ce contexte laisse peu d'espace pour respirer, analyser ce qui se passe et anticiper l'avenir.

Le résultat prévisible lié à cette situation a été des arrêts pour maladie au sein du personnel, un suivi quelquefois lacunaire des demandes, des réponses perçues comme maladroitement de la part des partenaires, des tensions, une perte de confiance, etc.

L'introduction d'une ICUS de liaison pour les infirmières de liaison du CHUV, l'engagement d'une coordinatrice BRIO, l'implication de la directrice de l'ALSMAD, l'engagement du secrétariat général du réseau ARCOS devraient donner l'occasion au BOUM de disposer d'un peu d'énergie et de temps propices à la réflexion et aux travaux pour entreprendre avec un peu plus de sérénité une redéfinition interne de ses activités. L'année 2001 sera marquée par la mise en place d'une coordination entre les travaux internes au dispositif et ceux liés au réseau qui aboutiront, en autres, à la reprise par le réseau ARCOS de la mission « BRIO » actuellement partiellement assumée par le

---

<sup>39</sup> Josiane Antille, Le BOUM : Un modèle vaudois de prise en charge alternative, Conférence SYSTED, Genève, mai 1994.



BOUM.

☹ **Le réseau ARCOS et le cadre cantonal BRIO : une nouvelle menace ?**

Dans ce contexte de mise en place du réseau ARCOS et de la nécessaire évolution du BOUM vers la reconnaissance du BRIO, l'équipe du BOUM se sent observée par l'ensemble des partenaires... Il est nécessaire pour elle de trouver de nouveaux repères.

La mutation du BOUM vers le BRIO va remettre en cause ses modalités de fonctionnement, sa structure et son pilotage. Ces modifications sont inévitablement source d'appréhension et de craintes pour l'équipe en place.

## 5. LE PROGRAMME INTERFACE

### 5.1 LA GENESE

Le programme de liaison et d'orientation du Nord vaudois (zone sanitaire VI-VIa, Grandson et Yverdon) « INTERFACE » trouve ses origines dans les travaux de la Commission sanitaire de zone. L'évolution de la demande et de la dotation en lits d'hébergement retient toute l'attention de ladite commission qui mandate un sous-groupe pour réaliser « une enquête visant à actualiser l'inventaire des ressources sanitaires de la zone et évaluer les besoins (l'offre et la demande) en lits d'hébergement de type C »<sup>40</sup>. Les conclusions du document qui paraît en septembre 1995 mettent en évidence la gestion insatisfaisante dans le domaine de l'urgence médico-sociale et la pression des demandes d'hébergement depuis les hôpitaux et les CTR<sup>41</sup> : « D'un côté les EMS indiquent un taux d'occupation régulier de plus de 99% et de l'autre nous avons identifié qu'entre 10 et 15 personnes attendent des mesures d'hébergement à l'hôpital et au CTR. Cette situation préoccupe la Commission sanitaire dans un moment où la diminution des journées d'hospitalisation est un objectif prioritaire en Santé publique. »<sup>42</sup>

Les pistes proposées par les membres du groupe sont de:

- Procéder à une meilleure évaluation des personnes hébergées ou en attente d'hébergement<sup>43</sup>.
- Développer des mécanismes de coordination et d'orientation des demandes à l'intérieur du réseau.

La création de l'expérience-pilote INTERFACE au cours de l'année 1996 sera la réponse à ces attentes.

### 5.2 LES OBJECTIFS ET LES MISSIONS DU PROGRAMME INTERFACE

Le territoire géographique de la zone sanitaire VI-VIa couvre 66 communes et regroupe quelque 50'000 habitants. L'offre en prestations sanitaires est assurée par trois hôpitaux publics de soins aigus, psychiatriques et de réadaptation, quatorze établissements dont la mission principale est l'hébergement des malades chroniques, ainsi qu'une association d'aide et de soins à domicile chapeautant cinq équipes médico-sociales (ASPMAD). Dès le début de la mise en place du projet INTERFACE, l'ensemble des partenaires de la zone participe à la mise en place de ce nouveau dispositif d'organisation qui doit apporter une réponse à la nécessité de promouvoir, à l'échelle de la région, « une utilisation coordonnée des capacités sanitaires, dans le but d'améliorer la pertinence des prestations et la productivité du réseau sanitaire »<sup>44</sup>. La concrétisation de ce concept implique le renforcement de la coopération entre les acteurs de santé, une meilleure division du travail entre les partenaires, voire également l'ajustement de leurs missions respectives.

Les objectifs du programme se situent au niveau du patient pour qui le projet INTERFACE « vise à

---

<sup>40</sup> Commission sanitaire de zone VI et VIa : Rapport du groupe de travail sur l'évolution de la demande et de la dotation en lits d'hébergement médico-sociaux, 20 septembre 1995, page 1.

<sup>41</sup> Le rapport souligne que, compte tenu de l'évolution du programme de maintien à domicile, la pression est désormais moins grande depuis le domicile.

<sup>42</sup> Idem, page 5.

<sup>43</sup> Il est vraisemblable qu'une partie d'entre elles pourrait bénéficier de structures intermédiaires ou de logements protégés.

<sup>44</sup> Brigitte Barussaud et Anne-Dominique Micheli Styger, Dispositif de liaison et d'orientation, programme INTERFACE, Fiche « Gestion de projet » du réseau ReNOVA, ReNOVA, avril 2000, page 3.

promouvoir une approche préventive et systémique, à identifier les prestations les mieux adaptées, à évaluer de manière optimale les besoins du bénéficiaire et de son entourage, pour aboutir à une utilisation optimale des ressources »<sup>45</sup>; comme au niveau des relations entre les institutions de la région pour qui le dispositif INTERFACE s'engage à apporter ou fournir<sup>46</sup>:

- Des informations sur le réseau: les spécificités et les capacités d'accueil des différents établissements.
- Des statistiques de flux de l'offre et de la demande afin de connaître les besoins de développement.
- L'assurance de la qualité des prestations.
- Une contribution à la diminution du nombre de journées d'hospitalisation ou d'hébergement inappropriés ; en particulier retarder le long séjour en proposant d'autres solutions (structures intermédiaires : UAT, courts séjours) et faire diminuer les journées d'attente de placement à l'hôpital et au CTR.
- La préparation avec les CMS des sorties d'hôpital et les retours à domicile.

La structure INTERFACE s'organise en trois missions spécifiques:

- Une fonction de liaison: elle permet d'anticiper et de préparer les sorties des sites hospitaliers (sites d'Yverdon, Chamblon et Bellevue).
- Une fonction d'orientation, soit une information et un accompagnement permettant aux patients et à leurs proches d'identifier et de bénéficier des prestations les plus adaptées à leurs besoins à l'intérieur du réseau socio-sanitaire. Ceci en étroite collaboration avec les autres institutions de soins partenaires et les médecins libres praticiens.
- Une fonction de coordination: elle consiste à coordonner et gérer les demandes d'admission et les places disponibles dans les lieux d'hébergement en réalisant (ou validant) l'évaluation des besoins de la personne, en tenant compte des critères d'admission des EMS et en proposant des orientations prioritaires.

## 5.3 L'ÉVOLUTION DU PROGRAMME INTERFACE

### 5.3.1 Des premiers pas de l'expérience-pilote INTERFACE à la reconnaissance comme programme du réseau de soins

Au printemps 1996, les partenaires, déjà organisés sous l'appellation « Réseau de soins coordonné du Nord vaudois », engage une infirmière pour mettre en place l'expérience-pilote INTERFACE ; sa responsabilité est d'une part de développer les mécanismes de coordination et d'orientation des demandes à l'intérieur du réseau, et d'autre part d'anticiper et de préparer l'orientation post-hospitalière des personnes dépendantes<sup>47</sup>. Les activités de la responsable du programme s'articulent autour de l'évaluation des situations, l'établissement des objectifs de prise en charge, la transmission à la clientèle de toute information utile, la collaboration avec les partenaires, la validation après trois mois des mesures d'hébergement à long terme, et la production d'informations statistiques pour le suivi et l'évaluation de la mise en place d'INTERFACE.

Le financement de cette nouvelle structure donne lieu à une répartition paritaire sur la base d'une clé de répartition négociée et validée lors de l'assemblée générale du réseau de soins coordonné ; chacun des membres est également présent dans le comité de pilotage et participe donc à l'orientation stratégique du dispositif expérimenté.

---

<sup>45</sup> ReNOVA, Programme INTERFACE : Protocole de collaboration entre le programme du Bureau Régional d'Information et d'Orientation (BRIO) : INTERFACE et le réseau de soins du Nord vaudois, mai 2000, page 3.

<sup>46</sup> Protocole de collaboration, page 3.

<sup>47</sup> L'objectif de ce poste est également de « garantir aux patients un accès aisé à la structure de soins la plus adéquate pour eux, dans les meilleurs délais ».

La mise en place de cette nouvelle structure organisationnelle est suivie par l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) qui reçoit un mandat pour procéder à l'évaluation de la mise en place<sup>48</sup>. Ce travail est réalisé entre 1997 et 1998, sous la forme d'enquêtes qualitatives et quantitatives auprès des partenaires ; il permet de faire le bilan du projet et de refléter les écueils qui ont accompagné la mise en œuvre de la structure. Les deux années d'expérimentation additionnées aux constats relevés par l'IUMSP dans le cadre de leur suivi et de leur évaluation permettent au comité de pilotage de prendre des dispositions pour corriger certains dysfonctionnements et renforcer le projet INTERFACE sous la forme d'un programme à part entière au sein de ce qui est devenu le réseau de soins du Nord vaudois, ReNOVA. Pour ce faire, le comité de pilotage s'engage « à adapter les moyens du programme aux besoins, en développant sa capacité d'intervention auprès des patients sur les différents "sites" tout en améliorant le monitoring et le suivi statistique indispensable au pilotage du réseau »<sup>49</sup>. Ce renforcement se traduit par une augmentation de la dotation d'infirmières de liaison et par la mise en place d'un protocole de collaboration à suivre lors des demandes d'admission en EMS dans toute la zone sanitaire VI-VIa.

Enfin, l'ensemble des institutions de la zone sanitaire VI-VIa s'engage à fournir à INTERFACE toutes les indications permettant d'enregistrer les demandes d'hébergement, les demandes d'admission, les transferts réalisés entre EMS, les délais d'attente et les admissions effectivement réalisées, afin d'identifier les besoins et les ressources de la zone et de faciliter les admissions par une meilleure collaboration.

### 5.3.2 L'évolution du programme vers la reconnaissance de premier Bureau Régional d'Information et d'Orientation (BRIO) cantonal

Les Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire (NOPS) entraînent le développement des réseaux de soins ; le ReNOVA est l'un de ceux-ci. Le programme INTERFACE devient un projet central pour le plan stratégique du réseau. L'organisation autour du programme INTERFACE et des infirmières qui le composent est alors renforcée par la mise en place d'un Groupe d'Appui à INTERFACE, le GAI. Il est composé de représentants des différents partenaires EMS, CMS et hôpital, de la responsable du programme, mais également d'un représentant des médecins libres praticiens et de la secrétaire générale du réseau ReNOVA. En parallèle, et compte tenu de l'augmentation des demandes, la dotation en infirmières de liaison s'accroît.

Une des exigences de l'Etat dans la mise en place des réseaux de soins tels qu'ils sont entendus dans les NOPS est la mise en place d'un BRIO: le programme INTERFACE répond en partie aux exigences de conformité requises par l'Etat dans le cadre du contrat de prestations signé avec le réseau ReNOVA.

Pour s'adapter aux exigences émises dans le cadre du document de référence des BRIOs, un protocole de collaboration revu et corrigé est signé entre INTERFACE et le réseau de soins du Nord vaudois ; celui-ci est admis par l'ensemble des partenaires de la chaîne de soins en mai 2000. A la suite de quoi, l'Etat reconnaît le programme INTERFACE comme premier BRIO du canton, ce qui lui permet d'accéder au financement par le programme cantonal et par le FIACRE (Fond d'Innovation à la Création des Réseaux). Dans son rôle de premier BRIO, INTERFACE est la zone pilote pour tester les deux instruments mis à disposition pour soutenir la démarche, SULID (gestion des disponibilités de long séjour) et OPARS (Orientation des Personnes Agées dans les Réseaux de Soins).

Parallèlement à cette reconnaissance, le programme INTERFACE s'étend dans des nouveaux sites dans lesquels il n'était pas encore présent, comme l'hôpital de Bellevue et le Centre

---

<sup>48</sup> Le financement de l'étude est pris en charge par le SSP, l'AVDEMS, l'OMSV, la FVH et les Hospices. A part le soutien financier, chacune des institutions ci-dessus s'est engagée à mettre à disposition, lors de l'évaluation, un membre de leur organisation dans les réunions (groupes de pilotage et groupes techniques).

<sup>49</sup> Il s'agit du point de vue du comité de pilotage, du groupe de terrain et du groupe statistiques d'INTERFACE dans l'évaluation de la mise en œuvre du programme INTERFACE par l'IUMSP, rapport final, op.cit., page 52.

### 5.3.3 Les principales étapes à retenir

Rapport du groupe de travail de la Commission sanitaire de zone	1995
Engagement d'une infirmière pour la mise en place du projet, et début de l'expérience-pilote INTERFACE	1996
Premiers contrats de la collaboration	1996
Implantation de la fonction de liaison	1998
Evaluation de la mise en place du programme par l'IUMSP	1997 - 1998
INTERFACE devient un programme	1998
Réactualisation du contrat de coopération et du protocole de collaboration	1998
Mise en place et reconnaissance du réseau ReNOVA	1999
Renforcement et extension du programme INTERFACE	1999
Réseau pilote pour le test des nouveaux outils (SULID, OPARS)	1999 - 2000
Modification des contrats de coopération et des protocoles de collaboration pour la reconnaissance de la fonction BRIO d'INTERFACE	2000
Suite de l'extension du programme (site de Bellevue)	2000
Reconnaissance du programme INTERFACE comme premier BRIO dans le canton	2000
Evaluation du contrat de prestations entre l'Etat et le réseau ReNOVA	2001

## 5.4 LA STRUCTURE ET L'ORGANISATION DU PROGRAMME

Dès les prémisses de mise en place de l'expérience-pilote — *puis du programme* — le pilotage du dispositif a été assuré par l'ensemble des partenaires régionaux concernés par la problématique de l'orientation. Avec la reconnaissance du réseau de soins, c'est le comité de ReNOVA qui devient responsable de la direction du programme INTERFACE et qui confie la gestion opérationnelle au groupe d'appui (le GAI). Celui-ci garantit le bon fonctionnement d'INTERFACE et l'atteinte des objectifs fixés par le réseau ; il se compose de neuf professionnels responsables d'établissements (hôpital, EMS, CMS, médecin libre praticien), de la responsable du programme, de la secrétaire générale de ReNOVA et du président d'INTERFACE<sup>50</sup>. Ces différents membres du groupe GAI doivent être des relais au sein des institutions qu'ils représentent pour véhiculer la nouvelle culture en matière de liaison et d'orientation.

Outre le financement des partenaires, le programme INTERFACE est financé par le programme cantonal en fonction des lits de long séjour reconnus et gérés par sa mission BRIO<sup>51</sup>. Alors que le programme a débuté en 1996 avec un nombre restreint de ressources (une personne), le déploiement du programme INTERFACE a entraîné une nette augmentation de sa dotation en personnel ; actuellement, il s'agit d'environ 5 EPT. L'équipe travaille 5 jours sur 7 sur les sites d'Yverdon, Chamblon, de Bellevue et du CSSC. Une rotation des lieux d'activité des infirmières de liaison est systématiquement effectuée. Dans un souci de neutralité, les bureaux d'INTERFACE sont localisés au même endroit que ceux du réseau ReNOVA. Les infirmières du programme sont engagées par le réseau, mais l'employeur est l'ASPMAD (Association pour la Santé, la Prévention et le Maintien à Domicile, région de Grandson et d'Yverdon).

<sup>50</sup> Le président d'INTERFACE est un des membres du comité du réseau ReNOVA. Il est chargé de gérer la collaboration et de rendre compte au réseau de soins des activités du programme. Il est de fait le supérieur hiérarchique de la responsable du programme INTERFACE.

<sup>51</sup> De plus, un mécanisme compensatoire est actionné si le taux d'occupation moyen des lits C du réseau diminue par rapport à la situation antérieure.

Pour que les rapports entre les différentes institutions soient clairement identifiés et formalisés, les partenaires au programme se sont engagés — et travaillent — sur la base d'un contrat de collaboration et d'un protocole ad hoc ; ces documents ont pour but de placer chaque acteur devant ses responsabilités et ses devoirs. Le protocole de collaboration entre INTERFACE et le réseau de soins du Nord vaudois fait figurer les objectifs, les principes de fonctionnement, les tâches de la responsable du programme, l'engagement des partenaires, les collaborations spécifiques avec les services placeurs, les méthodes d'évaluation, la clause d'arbitrage et la durée du contrat.

## 5.5 LE FONCTIONNEMENT

Dans les sites hospitaliers de la zone, les demandes d'intervention sont recueillies par les infirmières de liaison des différents sites (soins aigus, CTR, psychiatrie) lors de colloques pluridisciplinaires hebdomadaires. La demande est traitée par l'infirmière de liaison en lien avec les autres professionnels de la situation, la famille et le client ; ceci jusqu'à la décision puis à la réalisation de l'orientation. Elle prend tous les contacts nécessaires, notamment s'il s'agit d'un renforcement de l'aide et des soins à domicile ou d'un placement en court séjour. Si la situation nécessite un placement de long séjour ou un séjour d'observation, la validation de cette orientation est faite avec la responsable du programme INTERFACE.

Pour les demandes émanant des CMS, des EMS, des médecins traitants, voire de la population directement, celles-ci sont faites à la responsable du programme INTERFACE qui réoriente, évalue ou coévalue la solution, toujours en concertation avec les professionnels concernés par la situation, le client et son entourage.

Les membres de l'équipe du programme INTERFACE se voient régulièrement pour partager leurs expériences, parler des situations et de leurs difficultés respectives. Outre les aspects de supervision de l'équipe, la responsable du programme INTERFACE s'occupe également de gérer tous les aspects liés à l'information :

- Les disponibilités en lits de long séjour annoncées en temps réel par les EMS.
- La liste des personnes signalées susceptibles de requérir un hébergement définitif et la liste des personnes en attente d'hébergement dans une institution hospitalière.

La responsable du programme est reconnue par l'ensemble des partenaires du réseau ; elle s'assure qu'une évaluation des ressources et des besoins de la personne (et/ou de son entourage) a été effectuée par le référent professionnel avant la demande d'admission. Elle peut compléter le recueil de données avec les personnes concernées, ou réaliser elle-même l'évaluation si celle-ci n'a pas été faite. Lors de demandes directes à INTERFACE, elle évalue directement avec la personne concernée et son entourage le degré d'urgence et les choix d'orientation possibles. Afin d'objectiver le degré de dépendance du bénéficiaire et les alternatives d'orientation proposées, elle se réfère à l'outil d'aide à l'orientation des personnes âgées (OPARS). Lors du séjour d'observation, elle s'assure que la réévaluation s'effectue dans un délai maximum d'un mois avec les partenaires concernés. C'est également elle qui intervient auprès de l'ensemble des partenaires (sites du CHYC, secteur psychiatrique nord, CSSC, EMS, CMS et médecins traitants).

L'information est un point très important pour ces professionnelles qui travaillent à l'interface<sup>52</sup> des institutions. Pour que l'orientation qui est offerte au client soit adéquate, il faut bien connaître sa situation médico-sociale. A l'hôpital, si l'infirmière de liaison le voit pour la première fois, il est toujours difficile pour elle de connaître le potentiel de réadaptation de la personne, sa situation sociale, etc. Dans le cadre de ses activités, elle peut compter sur un certain nombre de documents qui sont également des gages de la collaboration entre les partenaires :

- Le document de transmission médical.

---

<sup>52</sup> La langue française ne nous permet pas toujours de disposer de bons synonymes, c'est le cas pour le mot « interface ». Pour plus de clarté, je préciserai donc que :

- S'il est écrit en majuscule (INTERFACE), il s'agit du dispositif yverdonnois étudié.
- S'il est écrit en minuscule (interface), cela fait référence au nom.

- Le document de transmission cantonal.
- Le dossier individuel informatisé (DI-2) si la personne est connue d'un CMS<sup>53</sup>.
- L'offre en lits d'hébergement annoncée par les EMS de la zone (SULID).
- Les données récoltées dans le cadre de l'outil OPARS.

Dès la mise en place du projet, le groupe de travail a eu soin de consacrer une place à la problématique du suivi « statistique » de la clientèle et des activités. Chacune des demandes au programme donne lieu à une fiche « Demandes à INTERFACE » qui répertorie les caractéristiques du client et celles de sa demande. Ces informations récoltées par les infirmières du programme permettent ensuite de fournir des indicateurs statistiques pour la gestion du programme INTERFACE, pour le pilotage du réseau concernant la fonction d'orientation et pour fournir les données statistiques requises par le contrat de prestations.

Comme dit précédemment, l'ensemble des partenaires s'est associé dès le départ au programme INTERFACE. Les acteurs du système sanitaire régional sont à la fois les utilisateurs et les gestionnaires de cette structure d'organisation et d'orientation de la clientèle. Ils s'engagent donc à fournir des données fiables pour le relevé statistique servant au pilotage du réseau, à encourager l'ensemble de leurs collaborateur(trice)s à soutenir le programme INTERFACE et à financer le programme en fonction du budget adapté par l'Assemblée générale.

Le bon fonctionnement du programme INTERFACE implique un certain nombre d'engagements spécifiques — que l'on retrouve dans le contrat de collaboration — de la part des pôles du système de santé. Le document précise encore certains engagements à l'intention des deux parties, ceci au niveau de : l'annonce des personnes en attente de placement de long séjour et de leur évaluation pour les services placeurs, l'annonce des places disponibles pour les EMS, l'acceptation du principe de séjour d'observation, et de façon générale des méthodes d'évaluation, de la clause d'arbitrage, de la durée du protocole et de la résiliation.

## 5.6 LES RESULTATS OBTENUS ET LES ELEMENTS FACILITATEURS

La mise en place d'INTERFACE et son déploiement dans le réseau au cours de ses quatre années d'existence ont su bénéficier d'un certain nombre de conditions de réussite que nous allons mettre en évidence.

### ☺ **Le point de départ : un constat et une décision émanant des partenaires**

La mise en place de l'expérience INTERFACE (puis son renforcement sous la forme d'un programme) a pu bénéficier d'une culture de la collaboration déjà existante (quoique informelle) chez les partenaires de la région du Nord vaudois. En effet, les partenaires réunis sous une appellation de « réseau de soins coordonnés de la zone sanitaire VI - VIa » ont su développer des réflexions communes et de la coordination inter-institutionnelle bien avant l'apparition des réseaux de soins, pilier des Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire (NOPS).

Les collaborations ont d'autre part été facilitées par la mise en place d'un groupe de pilotage dans lequel les intérêts des différents partenaires — hôpitaux, EMS, CMS puis médecins traitants — ont été associés.

La volonté de mettre en place un nouveau dispositif pour mieux coordonner les ressources du réseau et mieux orienter la clientèle a émané directement de la commission sanitaire de zone à la suite du constat de manque de collaboration. Les partenaires ont souhaité trouver des mécanismes régulateurs qui soient pilotés et reconnus par l'ensemble des acteurs du système sanitaire régional. Cette décision s'est traduite par une adhésion volontaire des acteurs et par une participation au pilotage comme au financement au cours des deux années d'expérimentation puis lors du développement d'INTERFACE comme programme dans le réseau ReNOVA ; les collaborations ont ainsi été facilitées par la mise en place d'un groupe de pilotage dans lequel les intérêts des

<sup>53</sup> De l'hôpital, l'infirmière de liaison a accès aux dossiers individuels des clients des cinq CMS du réseau.

différents partenaires — hôpitaux, EMS, CMS puis médecins traitants — ont été associés.

La reprise d'un concept novateur, les bouillonnantes réflexions de la mise en place des réseaux sont autant d'éléments décisifs dans l'orientation de ce nouveau programme.

Très rapidement le programme a permis de rendre visibles les processus en présence dans le réseau, la circulation (et la non-circulation) de l'information. Ce nouveau fonctionnement a facilité une vision globale des besoins et des ressources du réseau.

Tout au long de la mise en place et du développement d'INTERFACE, de nombreux documents ont été discutés et validés par les partenaires : organigrammes, protocoles de collaboration, document cadre, qui montrent l'effort de conceptualisation des instigateurs du programme.

### ☺ **L'enrichissement mutuel par le biais de coévaluation, de colloques pluridisciplinaires et inter-institutionnels**

La mise en place puis le renforcement d'un groupe d'appui au programme INTERFACE ainsi que les rencontres entre les personnes de terrain provenant de plusieurs cultures professionnelles et institutionnelles ont aidé au développement d'une culture commune en termes d'orientation. Les uns et les autres ont pu ainsi échanger leurs expériences et leurs difficultés pour dépasser les obstacles et leur vision institutionnelle.

Parallèlement à cela, de nouveaux espaces d'information et de communication spécifiques pour chaque « groupe d'institutions » (EMS, CMS, médecins traitants et sites hospitaliers) ont été mis en place pour optimiser les échanges et surtout permettre aux partenaires de mieux connaître les activités du programme INTERFACE et d'en faire la promotion.

Le renforcement de la liaison et de la coordination a donné une impulsion nouvelle aux pratiques de prise en charge transverses ; de même le développement de la coévaluation a permis d'acquérir un partage de culture chez les différents professionnels.

### ☺ **La rotation des infirmières de liaison dans les différents sites hospitaliers**

Les infirmières de l'équipe d'INTERFACE tournent de façon périodique dans les différents sites. Ce système permet d'acquérir (ou de conserver) leur connaissance des institutions sanitaires et garantit l'homogénéité de la prise en charge.

### ☺ **Un suivi et une évaluation par un regard extérieur : l'apport de l'IUMSP**

Dès les premiers pas de l'expérience, un mandat est donné à un institut de recherche pour évaluer les fonctions de coordination et de liaison qui sont en train de se développer. L'IUMSP sera donc chargé d'évaluer entre 1997 et 1998 cette expérience-pilote. Son rapport aboutira à la mise en évidence des points de dysfonctionnement dans la structure et permettra au groupe de pilotage de se donner les moyens de corriger les imperfections avant d'en faire un programme.

Le développement en deux phases distinctes (expérience-pilote puis programme) a permis de s'interroger après deux années sur les problèmes liés à cette nouvelle structure de collaboration et d'orientation. Par le biais de mesures qualitatives et quantitatives, les difficultés ont pu émerger puis trouver des réponses.

### ☺ **Le réseau est l'employeur des infirmières du programme INTERFACE**

Le personnel du programme INTERFACE est engagé par le réseau de soins (cela a été le cas dès le début), et sa responsable hiérarchique est la responsable du programme INTERFACE. Le président d'INTERFACE est le supérieur hiérarchique de la responsable du programme, et c'est lui qui est chargé de rendre des comptes au réseau sur les activités de la structure.

Le lien hiérarchique qui lie le personnel d'INTERFACE au réseau — et non pas à un des acteurs du système sanitaire — permet de garantir une transversalité, une homogénéité et une



neutralité dans la prise en charge du bénéficiaire et dans les relations d'INTERFACE avec les partenaires.

### ☺ **Le support de récolte d'information : « Demandes à INTERFACE »**

Dès le départ, le groupe de pilotage s'est doté des moyens et des compétences pour suivre le nombre et le profil des demandes faites au programme. Les informations contenues dans ce recueil de données ont pu être exploitées tout au long de la mise en place du programme pour donner des réponses précises quant au profil des clients, le type de demandes et les réponses offertes. Avec la signature du contrat de prestations et la reconnaissance du BRIO, cet aspect a été renforcé pour tendre vers un outil utile pour la gestion du programme lui-même, pour le pilotage de l'activité de liaison et d'orientation par le réseau<sup>54</sup>.

### ☺ **Une disponibilité en structures médico-sociales favorables**

Alors que les conclusions avant la mise en place d'INTERFACE font état d'un grand nombre de personnes en attente de placement au sein de la zone, les premiers résultats mettent plutôt en exergue que le Nord vaudois ne souffre pas d'une pénurie en lits d'hébergement médico-sociaux ; et ceci même en tenant compte des mesures de restructuration d'EMS 2000<sup>55</sup>. Cette remarque se vérifie également pour les lits de soins aigus et de réadaptation du réseau. On peut alors avancer qu'il est plus « favorable » de faire de la coordination et de l'orientation dans un réseau où il n'y a pas une pression excessive sur les ressources d'hébergement. Dans le contexte présent, il s'agit de gérer l'« excès » en disponibilité.

### ☺ **La cohérence des pratiques et la gestion coordonnée du système**

Le déploiement d'infirmières de liaison dans l'ensemble des sites du réseau permet de garantir au client (comme à son entourage) un accompagnement lors de ses transferts dans les institutions sanitaires du réseau ReNOVA. Le développement de cette structure à l'interface des partenaires a permis de renforcer une cohérence et une coordination entre intervenants venant de plusieurs disciplines et plusieurs institutions.

Le programme INTERFACE étant au bénéfice de l'information sur les disponibilités dans les lieux d'hébergement et sur les demandes de placement des clients, il est à même de gérer de façon coordonnée les priorités et de proposer des solutions alternatives à l'hébergement.

### ☺ **De nouvelles modalités de financement**

La reconnaissance de la mission BRIO d'INTERFACE entraîne un « incitatif financier » dans le cadre du programme cantonal de 250 francs par lit de long séjour reconnu et géré par le BRIO. Ce financement permet de réduire la participation des partenaires du réseau et de développer des prestations supplémentaires.

### ☺ **Le réseau de soins et l'avènement du cadre cantonal des BRIOs : une nouvelle opportunité**

La mise en place du réseau de soins (ReNOVA) a permis à INTERFACE de s'ancrer dans une nouvelle structure organisationnelle pour qui la problématique de l'orientation est plus qu'un passage obligé, c'est l'accès au financement des projets du réseau par le FIACRE (Fond d'innovation à la création des réseaux de soins), mais surtout une condition de réussite du réseau.

Le concept BRIO amène de nouveaux supports pour la gestion des disponibilités (SULID) et pour l'aide à l'orientation (OPARS), un nouveau cadre (lignes directrices cantonales) qui permettent au programme INTERFACE de revoir les règles et les pratiques mises en place. Dans le contrat de

---

<sup>54</sup> C'est l'objet du projet « Inter-Stat » conduit par le ReNOVA ; celui-ci a même dépassé les limites du réseau puisqu'il a été considéré par l'Etat comme un projet pilote au niveau cantonal.

<sup>55</sup> Georgette Gaille, Orientation des clients à travers le réseau sanitaire, septembre 1996 – septembre 1998, 10.09.1998.

prestations, des informations statistiques sont demandées au réseau pour mesurer l'activité et le taux de collaboration des partenaires, permettant ainsi un suivi et un « contrôle » sur la participation effective des acteurs qui se sont associés à la démarche.

L'apport d'un cadre cantonal et des instruments qui lui sont liés ont permis de donner un nouveau souffle au programme en entraînant la redéfinition de la collaboration entre les partenaires. Le partenariat volontaire qui sous-tend la mise en place originelle de cette structure est remplacé par l'application des conditions spécifiées dans le cadre cantonal de référence. Ces nouvelles directives ont permis de dépasser certaines difficultés que rencontrait le programme et qui ne pouvaient pas se résoudre dans le cadre d'un simple « partenariat volontaire » comme : la systématisation pour les EMS de donner leurs disponibilités en lits de long séjour à gérer au BRIO, la coévaluation des situations en attente de placement, etc.

L'adhésion de l'ensemble des EMS dès les premiers pas d'INTERFACE et la culture qui s'est petit à petit renforcée au sein du réseau ont facilité la mise en conformité BRIO dans les délais. Après presque quatre années d'expérience de collaboration, les acteurs du système étaient probablement prêts à recevoir et à appliquer de nouvelles règles plus contraignantes.

## **5.7 LES DIFFICULTES RENCONTREES ET LES OBSTACLES A DEPASSER**

Même si l'expérience d'INTERFACE trouve sa source dans des constats venant des partenaires eux-mêmes et si le partenariat est volontaire, il existe un certain nombre de difficultés et d'obstacles à prendre en considération pour mettre en place les processus d'une orientation efficiente.

### **☹ La gestion d'un programme opérationnel versus la gestion du projet d'organisation**

La mise en place d'une nouvelle structure d'organisation et d'orientation comme celle d'INTERFACE nécessite un investissement de la part de la responsable du programme à tous les niveaux du réseau. Son activité doit autant s'organiser autour des actions sur le terrain (elle évalue les situations, elle gère les disponibilités, elle dirige et encadre l'équipe) que des actions de promotion du programme (communication et information aux partenaires, développement des activités). Un double rôle entre le « faire » et le « penser » n'est pas toujours facile à assumer dans le contexte de déploiement d'un dispositif de ce type. La responsable d'INTERFACE aurait probablement mérité de compter dès le départ de l'expérience d'un appui qui puisse être le relais des difficultés du terrain au niveau de la direction de projet et de la direction des institutions.

### **☹ Le « marketing » lacunaire du programme**

La mise en place du programme INTERFACE a nécessité différents ajustements et adaptations au cours de ces quatre années d'existence (extension des lieux concernés, élargissements des prestations, redéfinitions des missions, etc.). A côté de cela, certaines personnes sont parties et ont dû être remplacées, les pratiques ont dû évoluer. Pour que les partenaires continuent à avoir une participation effective dans le projet, il faut constamment les informer, les stimuler, en deux mots « faire le marketing du dispositif ». Cette activité est très consommatrice en énergie et en temps, et n'a pas toujours été entreprise dans le cadre de l'expérience yverdonnoise.

### **☹ La culture du consensus**

Alors que le programme est mis en place depuis maintenant quatre années, les cultures institutionnelles restent très présentes. Comme chacune des institutions participe aux processus de décision du programme INTERFACE, toute modification s'effectue par consensus. Cette façon de faire valorise la participation des acteurs, mais elle est un réel frein dans le processus décisionnel.

### **☹ Le développement des relais dans les institutions**

Alors que l'expérience INTERFACE émane d'un constat des partenaires régionaux et que la participation des institutions dans le comité de pilotage est généralisée, la culture de la coordination

et de l'orientation a peine à se mettre en place. La raison en est le manque de relais au sein des institutions. Les personnes qui sont les représentants de leur institution doivent impérativement être des relais pour des modifications de processus sur le terrain.

L'infirmière de liaison et le programme INTERFACE lui-même ne peuvent fonctionner de façon efficiente qu'avec un appui fort de l'intérieur des établissements sanitaires (c'est spécifiquement important dans le cadre de l'hospitalisation). Au niveau de l'hôpital, les infirmières de liaison doivent pouvoir compter sur des relais médicaux. Ceci n'est de loin pas toujours le cas.

### ☹ **Les systèmes d'information et la récolte de données**

Le travail de coordination et d'orientation doit être sous-tendu par un échange d'information entre les partenaires. Au cours de ces quatre années de pratique, on peut relever différents problèmes liés à l'information qui ont été autant d'écueils pour le développement du programme INTERFACE :

1. Les systèmes d'information entre les partenaires ne sont pas compatibles, ce qui entraîne beaucoup de difficultés pour récolter des données à moindre coût.
2. Les objectifs, les règles, la terminologie n'ont pas toujours été clairement définis pour offrir une information de qualité. Les contacts sont pour une part de l'ordre de « l'informel », ce qui ne facilite pas l'échange de l'information.
3. Les sources d'information sont multiples.
4. Pour que l'information soit fiable, il est indispensable que les personnes qui fournissent les données soient très rigoureuses quant à leur façon de saisir l'information. Dans le cadre d'INTERFACE, on peut mettre en évidence que la récolte des données a peut-être manqué de consignes strictes (définition des rubriques). Une culture de l'information a mis du temps à se développer : concernant la fiche des demandes à INTERFACE, qui a été mise en place dès 1997, elle n'a réellement été apprivoisée par les infirmières qu'après plusieurs années. De plus, le travail très administratif qui entoure la récolte de l'information doit donner lieu à une constante stimulation chez les professionnelles de terrain.
5. Le développement des statistiques issues des données a dû donner lieu à des explications. Les données quantitatives sont toujours senties comme des actes de contrôle, et dans un but de sanctions...

L'échange et la collaboration se fondent également sur de la communication: le groupe terrain présente un bon exemple d'échanges entre les professionnels des différentes institutions. Toutefois, les professionnels ne bénéficient pas d'outils appropriés qui leur permettraient de formaliser l'échange d'information.

### ☹ **Une capacité d'accueil suffisante qui aboutit à un résultat de manque de concertation**

On a évoqué dans les facteurs de réussite le fait d'une capacité suffisante en matière d'hébergement médicalisé. Le résultat fait qu'il y a peu de concertation et que les transferts ont une part de normalité. Cela n'entraîne pas une évaluation globale du client et la pose d'objectifs. Cela renforce une politique de transfert au lieu d'une politique d'orientation.

### ☹ **Le réseau de soins et l'avènement du cadre cantonal des BRIOs : une nouvelle menace ?**

Alors que dans le chapitre précédent, nous présentions le réseau et le cadre cantonal BRIO comme une nouvelle opportunité pour INTERFACE, il peut être, d'un autre point de vue, également perçu comme une menace pour le dispositif en place. En effet, l'Etat spécifie dans le cadre cantonal BRIO un certain nombre de règles qui sont autant de nouvelles contraintes ressenties par les partenaires du programme INTERFACE. Il s'agit de l'obligation d'utiliser de nouveaux instruments, des aspects de contrôle de la collaboration.

Le programme INTERFACE est le premier BRIO reconnu. L'évaluation de ces premiers mois d'activité n'est pas encore connue, mais sa responsable fait d'ores et déjà état du surcoût non estimé pour le réseau de son implantation : augmentation des demandes, nécessaire diversification de la palette des prestations. Le BRIO tel qu'il est proposé dans le cadre cantonal doit permettre de

proposer des alternatives au placement institutionnel, mais il est réellement difficile d'être une force de proposition dans ce sens-là s'il n'y a pas une gestion coordonnée des structures intermédiaires en parallèle (le court séjour en EMS, les appartements protégés, l'accueil en unité temporaire). Pour que l'orientation dans le réseau soit vraiment efficace, il faudrait qu'il y ait une gestion coordonnée des structures intermédiaires et une meilleure anticipation par les services placeurs des demandes d'hébergement pour leur clientèle.

L'utilisation du logiciel SULID pour la gestion en « temps réel » des lits de long séjour du réseau rend visible les disponibilités et les flux dans les établissements. Mais comment le réseau peut-il s'assurer de l'exacte collaboration des EMS ? Si aucune disponibilité n'est annoncée au BRIO durant plusieurs mois, qu'en est-il ? Après quelques mois seulement d'activité, le BRIO du réseau ReNOVA se trouve face à la question de la mesure de la collaboration entre les partenaires et donc des mesures à prendre si cette collaboration n'est pas effective dans les activités d'orientation.

## 6. LE BOUM ET INTERFACE : MISE EN PARALLELE DES DEUX DISPOSITIFS

Les domaines	BOUM	INTERFACE
<i>La mise en place du dispositif</i>	Dès 1990	Dès 1996
<i>L'origine de la mise en place</i>	Un constat des acteurs et des politiques de pénurie des lits de long séjour, de l'engorgement du CHUV, de la multiplicité des partenaires entraînant un éclatement des responsabilités et une absence de politique commune, d'une organisation morcelée des services d'aide et de soins à domicile, d'une politique d'hébergement plutôt que de maintien à domicile ; le tout aboutissant à une mauvaise orientation des personnes âgées et dépendantes.	L'évolution de la demande et de la dotation en lits d'hébergement retient l'attention de la commission de zone qui souhaite la réalisation d'un inventaire des ressources sanitaires existant dans la zone et d'une évaluation des besoins en lits C. Le constat à la suite de ce travail est marqué par la nécessité de mieux coordonner les capacités dans un but d'optimisation des structures.
<i>Le secteur concerné</i>	La région lausannoise, soit plus de 40% de la population lausannoise.	La région d'Yverdon et de Grandson, environ 13% de la population du canton de Vaud.
<i>Les missions</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des urgences médico-sociales</li> <li>• Liaison-orientation</li> <li>• Gestion des disponibilités en lits de long séjour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liaison</li> <li>• Orientation</li> <li>• Coordination</li> </ul>
<i>Les objectifs de la structure</i>	Assurer la liaison et la coordination entre les institutions tout en essayant « de détourner le flux des hospitalisations inappropriées, raccourcir la durée de séjour hospitalier, éviter le placement définitif ».	Le projet INTERFACE vise « à promouvoir une approche préventive et systémique, à identifier les prestations les mieux adaptées, à évaluer de manière optimale les besoins du bénéficiaire et de son entourage, pour aboutir à une utilisation optimale des ressources » et cherche « une utilisation coordonnée des capacités sanitaires, dans le but d'améliorer la pertinence des prestations et la productivité du réseau sanitaire ».

Les domaines	BOUM	INTERFACE
<i>Les institutions en présence et les partenaires</i>	Trois associations de maintien à domicile (dix-huit CMS), cinquante EMS, les Hospices cantonaux (CHUV, Plein Soleil, hôpital orthopédique, CTR de Sylvana) et l'hôpital de psychogériatrie (qui fonctionne avec ses propres assistantes sociales), l'hôpital de Lavaux, six cliniques privées. De plus, la région lausannoise compte quelque huit cents médecins, une partie collabore avec le BOUM sans toutefois qu'il y ait une convention en tant que telle Les conventions qui lient actuellement le BOUM à ses partenaires concernent l'ALSMAD (et l'OMSV), l'APREMADOL, l'APROMAD, huit EMS, les Hospices cantonaux et la Ville de Lausanne.	Une institution d'aide et de soins à domicile (cinq CMS), trois hôpitaux publics de soins aigus, réadaptation et soins psychiatriques, quatorze EMS : tous les partenaires institutionnels participent au programme par le biais d'une convention et d'un protocole. Le réseau compte une soixantaine de médecins : un représentant de ce corps professionnel est présent au comité de pilotage du programme INTERFACE.
<i>Le rattachement et le pilotage</i>	L'équipe du BOUM est rattachée, à l'heure actuelle, à l'ALSMAD. C'est la directrice de l'ALSMAD avec la responsable du BOUM qui gère l'ensemble du dispositif (y compris les infirmières de liaison dans les sites hospitaliers). La mise en place du BRIO appellera des changements au niveau de l'organisation et la gestion de la mission « Gestion des disponibilités ».	C'est le comité du réseau ReNOVA qui est le responsable du dispositif INTERFACE. Les professionnels qui y travaillent sont engagés par le réseau. Le pilotage est assuré par l'ensemble des partenaires concernés par la problématique de l'orientation (et ce sont les mêmes qui le financent).
<i>La structure et l'organisation</i>	Une équipe pour intervenir en milieu ouvert (intensification et soutien des prestations du MAD), traiter les urgences médico-sociales et gérer les demandes d'hébergement de long séjour. La majorité des postes se trouve sur la mission de la liaison-orientation. Les infirmières de l'équipe du BOUM ont des colloques d'équipe pour parler des situations.	La responsable s'occupe de coévaluer les situations qui requièrent un hébergement de long séjour et elle répond aux demandes liées au milieu ouvert (CMS, médecins traitants, etc.). Le reste de l'équipe se trouve sur les sites hospitaliers. Les infirmières d'INTERFACE ont des colloques d'équipes, des colloques pluridisciplinaires avec leurs partenaires. L'équipe peut compter sur le soutien du groupe de pilotage et du groupe d'appui à INTERFACE.
<i>Le fonctionnement</i>	Le fonctionnement est différent pour chaque mission.	Le fonctionnement est différent pour chaque mission.

Les domaines	BOUM	INTERFACE
<i>Le rôle de la responsable du dispositif</i>	<p>C'est elle qui a la responsabilité du dispositif, sa responsable hiérarchique est la directrice de l'ALSMAD, avec qui elle travaille sur les objectifs du programme.</p> <p>La responsable du BOUM dirige et supervise l'équipe (aussi bien en milieu ouvert que dans les sites hospitaliers), elle anime les colloques, remplace les infirmières absentes, intervient dans certaines situations d'hébergement, s'occupe de la relation avec les partenaires, tient à jour les statistiques.</p> <p>A l'avenir, ce positionnement pourrait être appelé à se modifier, ceci en lien avec sa réorganisation interne et la mise en place du BRIO.</p>	<p>C'est elle qui a la responsabilité du dispositif, son responsable hiérarchique est le président du comité de pilotage d'INTERFACE (représentant de la direction du réseau ReNOVA).</p> <p>La responsable d'INTERFACE dirige et supervise l'équipe, elle coévalue toutes les situations qui requièrent un placement définitif, elle gère les disponibilités en lits et tient une liste des demandes de placement, elle tient les statistiques liées à l'évolution du dispositif.</p>
<i>L'évolution du dispositif</i>	<p>L'évolution du BOUM s'est faite par le biais de ces missions. Le dispositif a été créé avec une première mission de gestion des urgences médico-sociales, puis des infirmières ont été introduites dans les services hospitaliers pour réaliser la liaison et l'orientation des patients. La dernière mission en lien avec les deux précédentes a été la gestion des disponibilités de long séjour dans huit EMS.</p> <p>La quatrième phase importante de l'évolution du BOUM sera sa redéfinition en lien avec l'émergence des réseaux de soins et du BRIO.</p>	<p>L'évolution d'INTERFACE passe par la mise en place d'une expérience-pilote dans la région Yverdon-Grandson en matière de coordination, liaison et orientation. Après deux années d'expérimentation, le dispositif est légitimé par les partenaires et devient un programme phare au sein du réseau de soins coordonné.</p> <p>Avec la mise en place du réseau ReNOVA, la structure de pilotage et de soutien se renforce ; ce dispositif régional devient le premier BRIO du canton de Vaud.</p>
<i>Les travaux d'avenir</i>	<p>La redéfinition des missions et de l'organisation du BOUM.</p> <p>La mise en place du BRIO en lien avec les missions assurées par le BOUM.</p>	<p>Le programme INTERFACE va étendre sa gestion des disponibilités en lits de long séjour à celle des courts séjours, des UAT, voire des appartements protégés. Le dispositif aimerait analyser comment mieux anticiper les demandes d'hébergement de long séjour, et étudier le profil des personnes en lits d'hébergements non médicalisés.</p>
<i>Le budget 2000</i>	<p>Environ 3 millions.</p> <p>Le financement du BOUM est assuré par des subventions cantonales, la Ville de Lausanne, l'APROMAD, l'APREMADOL, les assurances maladie et les clients, les Hospices cantonaux.</p> <p>Le BOUM comprend environ 23 EPT.</p>	<p>Environ 450 000.-</p> <p>A côté du financement BRIO et de l'apport du FIACRE, ce sont les partenaires (hôpitaux, CMS et EMS) qui financent le dispositif.</p> <p>Le programme INTERFACE comprend environ 5 EPT.</p>

Les domaines	BOUM	INTERFACE
<p><i>Les résultats atteints et les éléments facilitateurs</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☺ La mise en place d'un dispositif novateur</li> <li>☺ Un système de rotation au sein de l'équipe</li> <li>☺ Un impact rapide sur l'engorgement de l'hôpital</li> <li>☺ La redéfinition du BOUM en lien avec le BRIO et le réseau ARCOS : une nouvelle opportunité ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☺ Le point de départ : un constat et une décision émanant des partenaires</li> <li>☺ L'enrichissement mutuel par le biais de coévaluations, de colloques pluridisciplinaires et inter-institutionnels</li> <li>☺ La rotation des infirmières de liaison dans les différents sites hospitaliers</li> <li>☺ Un suivi et une évaluation par un regard extérieur : l'apport de l'IUMSP</li> <li>☺ Le réseau est l'employeur des infirmières du programme INTERFACE</li> <li>☺ Le support de récolte d'information : « Demandes à INTERFACE »</li> <li>☺ Une disponibilité en structures médico-sociales favorables</li> <li>☺ La cohérence des pratiques et la gestion coordonnée du système</li> <li>☺ De nouvelles modalités de financement</li> <li>☺ Le réseau de soins et l'avènement du cadre cantonal BRIOs : une nouvelle opportunité ?</li> </ul>
<p><i>Les difficultés rencontrées et les obstacles à dépasser</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☹ Une gestion passant par un seul partenaire</li> <li>☹ L'après « expérience-pilote »</li> <li>☹ Une information et une gestion partielles des disponibilités, source de tensions et de conflits</li> <li>☹ Un BOUM mal vendu aux partenaires et un manque de formalisation</li> <li>☹ Peu d'information fiable sur le dispositif</li> <li>☹ Des pratiques différenciées et une réception fort différentes au sein des services hospitaliers</li> <li>☹ « Etre à la fois au four et au moulin »</li> <li>☹ Le réseau de soins ARCOS et le cadre cantonal BRIO : une nouvelle menace ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☹ La gestion d'un programme opérationnel versus la gestion d'un programme d'organisation</li> <li>☹ Le « marketing » lacunaire du programme</li> <li>☹ La culture du consensus</li> <li>☹ Le développement des relais dans les institutions</li> <li>☹ Les systèmes d'information et la récolte de données</li> <li>☹ Une capacité d'accueil suffisante qui aboutit à un manque de concertation</li> <li>☹ Le réseau de soins ReNOVA et l'avènement du cadre cantonal BRIO : une nouvelle menace ?</li> </ul>



## 7. L'ANALYSE DES FACTEURS CLES DES DISPOSITIFS ORGANISATIONNELS D'ORIENTATION

Dans le cadre de la description du BOUM et du programme INTERFACE, on a pu mettre en perspective les éléments clés — *facilitateurs ou difficultés* —, les résultats obtenus et les obstacles rencontrés qui ont sous-tendu le fonctionnement et les évolutions respectives de ces deux dispositifs. Sur la base de ces constats, nous allons maintenant pouvoir analyser les différents facteurs à privilégier et les écueils à éviter dans des dispositifs organisationnels d'orientation apparentés à une structure « Réseau ». Ce chapitre nous permettra également de mettre en évidence l'impact du virage BRIO pour aboutir à la reconnaissance d'intérêt public des réseaux de soins.

### 7.1 LA RICHESSE D'UNE GESTION PARTICIPATIVE

Dans les deux structures organisationnelles, nous avons mis en évidence le manque de coordination, le manque de politique commune et les pratiques divergentes qui peuvent s'avérer incompatibles entre les producteurs de soins. Donner la possibilité aux acteurs de prendre une place dans le processus décisionnel et le financement, les impliquer au niveau des choix stratégiques permet d'entraîner les différents partenaires vers le développement d'une culture et d'une politique communes dans le domaine de l'orientation.

Le programme INTERFACE est conduit — comme financé — par les institutions qui sont concernées par le processus d'orientation régional<sup>56</sup> sous la forme d'un comité de pilotage et d'un groupe d'appui (technique). Dans le cas du BOUM, le pilotage s'est fait dès le début de façon unilatérale par la direction de l'aide et des soins à domicile, l'ALSMAD : en 1990, il était en effet plus fonctionnel de lier cette structure au milieu ouvert<sup>57</sup>. Cette stratégie n'est évidemment plus opérationnelle dans le contexte actuel du réseau de soins et elle donnera lieu à de nouvelles options organisationnelles (comité de pilotage, groupe technique, personnes ressources, etc.) à négocier dans le cadre du projet BRIO.

De fait, le pilotage (comme le financement) de ce type de dispositif à l'interface des institutions ne peut être QUE le résultat d'une participation des acteurs concernés par le processus d'orientation dans le réseau. Même si une gestion commune amène une lenteur dans les prises de position et des décisions, c'est le prix à payer pour un consensus à long terme.

Décider ensemble implique de faire des choix dans lesquels on n'est pas nécessairement le gagnant, c'est renoncer à son intérêt institutionnel pour privilégier un intérêt commun, soit celui de l'orientation dans le réseau de la clientèle. Dans cette optique-là, le client devient un client du réseau et non plus un client que l'on transfère d'une institution à une autre, qui saute d'une logique institutionnelle à une autre.

---

<sup>56</sup> Ce sont les mêmes acteurs qui sont à l'origine des constats ayant entraîné la mise en place de cette expérience-pilote.

<sup>57</sup> On aurait pu procéder, au cours du temps, à une évolution du processus décisionnel vers un pilotage inter-institutionnel ou vers des procédures d'échanges plus soutenues. Dans les faits, ce fut même le contraire : lors des premières années de mise en place, le BOUM a mis en place des séances d'échanges avec les EMS signataires de l'accord de collaboration (essentiellement), celles-ci se sont espacées, puis elles ont disparu.

## 7.2 DE LA NECESSITE D'UNE FORMALISATION DES PRATIQUES ET D'UNE INFORMATION COHERENTE: LES DIFFICULTES D'UN TRAVAIL A LA JONCTION DES INSTITUTIONS

«Le BOUM et INTERFACE travaillent à la frontière des partenaires et des institutions pour faciliter l'orientation et la fluidité du parcours du client au sein du réseau sanitaire régional»: alors que ce fonctionnement était vu précédemment comme une richesse, ce choix organisationnel ne va pas sans poser un certain nombre de problèmes en termes de répartition et de reconnaissance des compétences, de communication et d'échange d'information, d'organisation du travail, etc. Les équipes de liaison et d'orientation se retrouvent quotidiennement à devoir gérer des logiques souvent contradictoires.

De fait, une structure organisationnelle qui se positionne à l'interface des autres se doit de pouvoir compter sur une formalisation des pratiques et des processus de travail comme sur un système d'information cohérent.

### a. La formalisation des pratiques et des processus

Une activité à l'intersection des institutions nécessite une formalisation très limpide des rapports entre les partenaires: les uns et les autres doivent clairement se définir quant à leurs activités, missions, responsabilités et surtout leurs limites. Les rapports, les échanges et les processus doivent être inscrits, partagés et compris par tous ceux qui participent au processus d'orientation.

La mise en place du programme INTERFACE a été accompagnée par l'élaboration d'un contrat et d'un protocole de collaboration, d'un organigramme, de formulaires reconnus par les acteurs; au cours de ces quatre années d'activité, ces divers documents ont suivi l'évolution du dispositif. Au-delà de la formalisation sous forme de textes, les rencontres et les échanges sont également formalisés (composition des groupes, rythme des séances, etc.). Dans le fonctionnement du BOUM, on ne retrouve pas, à l'exception de la convention originelle, de documents qui ont suivi la progression des activités et des missions du BOUM au cours de ses dix ans d'existence. Les textes qui ont été écrits sont des articles généraux qui retracent synthétiquement les missions remplies par ce dispositif, mais on ne retrouve pas de «documentation pratique» sur le fonctionnement<sup>58</sup>. Au cours des dernières années, aucune rencontre n'a été formalisée entre les EMS et les responsables du BOUM à l'exception de rencontres au «coup par coup» et d'échanges spécifiques lors de situations complexes. De fait, la pratique s'éloigne très fortement de ce qui est écrit et l'informel fonde une large partie du travail de ces professionnels et de leurs relations dans le réseau. Les EMS signataires de la convention ne sont même plus nécessairement ceux qui actuellement participent le plus activement aux principes de base émis dans la convention entre le BOUM et ses partenaires.

### b. Les systèmes d'information

La coopération dans le cadre de l'orientation doit passer par une visualisation de ce qui est mis à disposition comme ressources chez les partenaires (lits de long et de court séjour, places UAT, appartements protégés, etc.), une information sur les demandes et sur les personnes en attente d'une orientation. Si l'on veut faire circuler plus efficacement un patient, il faut que les informations sur son cas puissent être transmises rapidement pour que l'autre institution puisse se positionner quant à son admission. Il est difficile de comprendre comment, dans un système où le but est de faire mieux circuler le client, les données le concernant soient aussi difficilement compatibles<sup>59</sup>.

La structure organisationnelle d'orientation souffre de ne pas pouvoir se reposer sur un système d'information qui permette de parler de «l'information» et non pas «des informations» relatives aux clients, aux prestations et aux institutions du réseau. D'autre part, si on veut

---

<sup>58</sup> Voir la bibliographie utilisée dans le cadre de ce mémoire pour le BOUM.

<sup>59</sup> Au-delà des problèmes purement techniques, il reste toute la question du problème éthique liée à l'information médicale (et médico-sociale), à sa transmission et à son utilisation.

développer de la coordination entre les partenaires et faire de l'orientation, il est impératif que les uns et les autres puissent se connaître et se reconnaître, et cela passe entre autres par des informations sur ce que fait le partenaire. Les groupes de travail de la Conférence de Concertation sur les Systèmes d'Information (CCSI) devraient aboutir à des recommandations techniques à moyenne échéance<sup>60</sup>. Il n'en reste pas moins que dans ce laps de temps, les professionnels de terrain ont besoin d'avoir des outils de gestion et d'avoir les moyens de répondre facilement aux questions « statistiques » qui leur sont posées pour légitimer leur activité, suivre les demandes et mesurer la collaboration.

Les difficultés liées à l'information ont été relevées dans les deux dispositifs pris en exemple. Alors que pour INTERFACE, la place du système d'information a été une préoccupation quasi constante au cours de ses quatre années d'activité<sup>61</sup>, les problèmes restent néanmoins présents (lourdeur de la saisie, rigueur, extraction des statistiques, etc.). Pour le BOUM, le problème se pose différemment puisque les infirmières ne disposent quasiment pas d'ordinateurs (trois ordinateurs pour seize postes de liaison !), qu'il n'y a pas de procédures ad hoc pour le relevé des données et que le dossier client s'est greffé sur celui des CMS (bien que la prise en charge et les prestations n'aient rien d'identique !) ; il en découle des statistiques lacunaires et pas toujours fiables malgré la bonne volonté de l'équipe et de sa responsable...

### 7.3 LE PARTAGE D'EXPERIENCES ET L'EXPERIENCE DU PARTAGE POUR TENDRE VERS UNE CULTURE COMMUNE

Ce point est la suite logique du précédent. Pour acquérir une culture commune, il ne suffit pas uniquement de partager de l'information, le pilotage, les décisions et le financement, il faut également que l'on puisse acquérir une expérience commune, que les uns et les autres puissent tendre vers une réalité qui ne soit plus uniquement une réalité « institutionnelle » mais une réalité « réseau ». Cette acquisition passe par la prise en compte des intérêts, des pratiques, du fonctionnement de chacun dans un but d'amélioration de la prise en charge du client et d'une meilleure efficacité pour le réseau de soins. La connaissance est un investissement qui n'est pas ponctuel, elle s'entretient en permanence ; et c'est souvent ce qui n'est pas toujours évident à assumer car cela nécessite d'importantes ressources.

Ce qui permettrait d'acquérir de l'expérience partagée pourrait se traduire par des formations communes, voire une rotation du personnel au-delà du dispositif d'orientation. Pour les partenaires, le fait de connaître les infirmières de liaison, comme pour les infirmières celui de connaître les partenaires est sans aucun doute un facilitateur de la collaboration. Pour bien orienter son client, l'infirmière doit faire un bilan médico-social de la situation et connaître au mieux les différentes institutions du réseau pour faire un choix adéquat. Ainsi, il serait intéressant pour le personnel d'orientation de réaliser des stages dans les CMS, les EMS et les sites, ce qui lui permettrait d'acquérir des pratiques qui soient fondées sur une bonne connaissance des processus et des institutions du réseau de soins.

Le BOUM et le programme INTERFACE ont comme principe de fonctionnement la rotation de leur personnel infirmier entre les différentes missions qu'ils assurent et entre les différents sites qu'ils desservent. L'infirmière peut ainsi bénéficier des différentes réalités liées aux missions du dispositif d'orientation et au fonctionnement des sites hospitaliers. Ce système est donc sans aucun doute bénéfique aux dispositifs d'orientation qui sont mis en place et renforce les compétences de son personnel. Chaque professionnel de l'équipe a ainsi la possibilité d'acquérir et/ou de renforcer ses connaissances au niveau des institutions sanitaires du réseau. La mission de gestion des urgences médico-sociales au BOUM donne l'occasion aux infirmières de délivrer des prestations de soins infirmiers, ce qu'elles ne font pas dans leur activité d'infirmière de la liaison-orientation au sein des

---

<sup>60</sup> A quand des solutions ?

<sup>61</sup> J'en veux pour preuve la mise en place dès le départ d'une fiche de récolte de données sur les demandes à INTERFACE (informations sur le client, demande d'orientation, concrétisation de l'orientation, etc.), d'une évaluation quantitative de l'IUMSP et de la mise en place d'un projet INTER-Stat.

sites hospitaliers.

Comment acquérir de l'expérience en commun ? Dans le cadre d'INTERFACE, on voit que cela passe par la réalisation de colloques d'équipe et de colloques inter-institutionnels (responsable du programme et infirmiers-chefs des EMS, groupe GAI), par des réflexions et des travaux dans le cadre du groupe de pilotage et du groupe d'appui dans lesquels les partenaires sont représentés, par la coévaluation des situations, par l'utilisation partagée d'un outil d'aide à l'orientation (OPARS) et par la visualisation de toutes les disponibilités en lits (LIDIS). Dans l'organisation du BOUM, l'équipe des infirmières se retrouve pour échanger leurs expériences, mais il n'y a pas de colloques et de partages formalisés avec les partenaires du réseau (CMS, EMS, hôpitaux et médecins traitants). Les contacts et les échanges ne se font, à l'heure actuelle, que dans le cadre de prise en charge individuelle et la recherche de solutions (colloques médico-sociaux). Dans le cadre du projet BRIO et dans celui du travail qui va se faire en commun avec les partenaires au cours de l'année 2001, le BOUM-BRIO va aboutir à de nouveaux processus basés sur l'échange avec ses partenaires du réseau.

## 7.4 LE RÔLE INTEGRATEUR DES DISPOSITIFS D'ORIENTATION

Les Centres Médico-Sociaux (CMS) sont organisés sous la forme d'équipes pluridisciplinaires depuis leur création dans les années 90. Ces équipes sont la résultante d'une politique d'intégration des différents services d'aide et de soins à domicile et de la régionalisation de l'action médico-sociale (sous la forme de CMS chapeautés par des Associations/Fondations régionales). Cette organisation a permis de réduire le morcellement dans le domaine du maintien à domicile et de fournir à la clientèle une prise en charge médico-sociale dont les objectifs ont pu être abordés conjointement par différentes cultures professionnelles (infirmières, assistantes sociales et/ou ergothérapeutes), en lien avec le médecin traitant, le client et sa famille.

Les dispositifs de liaison et d'orientation, comme le BOUM et INTERFACE, traitent chaque cas individuellement et se trouvent donc, dans chaque situation, dans une dynamique organisationnelle et relationnelle différente. Dans chaque demande d'orientation, l'infirmière doit activer une équipe pluridisciplinaire qui tienne compte de la situation spécifique, des besoins de « ce » client et qui permette de donner la solution la plus adéquate. Par là, les équipes ne sont pas des structures technocratiques et rigides, mais des structures flexibles, souples avec un rôle (une force) d'intégrateur des partenaires pour développer une solution commune. C'est la mission du dispositif d'orientation de fédérer les autres partenaires dans son sillage, de créer *la* constellation la plus appropriée pour répondre de *la* façon la plus efficace au problème donné ; le client étant évidemment au centre de cette galaxie d'acteurs.

Cette dynamique organisationnelle est source de variété, d'adaptabilité, de souplesse, de flexibilité, mais également d'instabilité pour l'équipe. Le bureau d'orientation doit pouvoir compter sur la disponibilité et le soutien des partenaires dans les démarches qu'il veut entreprendre. Les colloques interdisciplinaires, la bonne compréhension des missions et des activités de chacun prennent alors tout leur sens. Il faut aussi que la structure d'orientation soit portée par les différents partenaires pour légitimer ce rôle intégrateur. Les infirmières des dispositifs d'orientation doivent bénéficier d'appui et de relais établis au sein des institutions pour être efficaces ; ces personnes doivent être des acteurs représentatifs auprès de leurs pairs. Ces relais doivent informer leurs propres niveaux opérationnels des activités du bureau d'orientation et faire part des pratiques institutionnelles au dispositif d'orientation. Ce lien se base sur de la confiance réciproque acquise lors de partage d'expérience et d'échanges. Dans le programme INTERFACE, le réseau de soins et le pilotage inter-institutionnel positionnent clairement le dispositif dans cette voie. Dans la situation lausannoise, le BOUM ne bénéficie pas, dans la dynamique actuelle, d'une telle place et il doit résoudre seul aux problèmes. Ceci renforce le postulat évoqué précédemment d'un pilotage qui doit être partagé par les acteurs pour soutenir le dispositif.



## 7.5 COMMENT UN PEU DE COORDINATION PERMET DE GENERER DE LA TRANSPARENCE

Sans le soutien d'un dispositif d'orientation lors de la recherche d'une place d'hébergement de long séjour, le service « placeur » — voire le client et sa famille — doit entreprendre des démarches multiples auprès des établissements « receveurs » (les EMS) pour connaître leurs disponibilités et leurs conditions d'admission. Cette quête peut s'avérer fort complexe — voire inéquitable — si l'on n'a pas de connaissance et d'information sur les structures et si la demande est supérieure à l'offre (état de pénurie) dans le système.

Dans les régions qui ne bénéficient pas encore d'un BRIO, le phénomène d'opacité concernant l'offre et la demande génère des « effets de systèmes » à prendre en considération : compte tenu du nombre de fermetures de lits au cours de ces dernières années et du vieillissement de la population, il y a certainement un état de pénurie en structures sanitaires (places de long séjour et structures intermédiaires) dans certaines régions, mais elle est à l'heure actuelle très certainement augmentée par la méconnaissance de la réalité du système. Le fait que les partenaires connaissent fort mal l'état de l'offre (nombre de lits/places disponibles) et celui de la demande (nombre de personnes en attente) accentue les problèmes et le sentiment de mauvaise adéquation des moyens à disposition. Les sollicitations se multiplient de toute part, les réponses négatives s'amoncellent, les clients stagnent, sans que l'on puisse visualiser les flux et gérer les priorités.

« Faire mieux avec moins » est un principe bien connu dans le domaine de la santé. Il est intéressant de constater que c'est lorsqu'on peut mettre en évidence un manque de moyens que les personnes s'ouvrent à de nouveaux processus de collaboration pour mettre ensemble les forces et leur savoir ; ainsi un état pénurique est propice à la recherche de nouveaux modes organisationnels entre les partenaires.

L'expérience de coordination et d'orientation INTERFACE a émergé à partir du constat des partenaires régionaux d'une information lacunaire sur les ressources sanitaires et sur les besoins en lits d'hébergement, puis sur la base de conclusions d'un travail effectué mettant en évidence un manque de lits de long séjour, une gestion insatisfaisante de l'urgence médico-sociale, une pression des demandes d'hébergement depuis les hôpitaux et les CTR. Pour les producteurs de soins de la zone, il en ressort la nécessité de promouvoir une meilleure utilisation des capacités sanitaires en institution une meilleure coordination. Une centralisation de l'information et une gestion des lits disponibles ont rapidement entraîné une meilleure visualisation de l'offre et de la demande, et ont permis aux partenaires de constater que la pénurie était finalement toute relative. Quant à la région lausannoise, ce sont les constats récurrents de l'engorgement du CHUV, de la pénurie de lits de long séjour qui aboutissent à la création d'un bureau d'orientation des urgences médico-sociales et à la mise en place d'infirmières de liaison dans les services du CHUV. Dans le cas du BOUM, la circulation de l'information et une gestion centralisée ont montré leur bénéfice dans le cadre des établissements concernés, mais comme des systèmes parallèles perdurent dans le réseau, on est loin d'avoir là une optimisation de la coordination des ressources à l'heure actuelle ! L'introduction d'infirmières s'occupant de liaison et d'orientation dans les services hospitaliers a rapidement montré son efficacité et a contribué activement à diminuer les durées d'hospitalisation comme la fermeture d'un certain nombre de lits au CHUV.

## 7.6 LE BRIO : OPPORTUNITE OU MENACE POUR LES DISPOSITIFS EN PLACE ? LES COMPOSANTES D'UNE REPONSE

### 7.6.1 La limite des relations partenariales fondées sur le « volontariat »

Dans les deux expériences régionales du BOUM et d'INTERFACE, les relations initiales entre les institutions intéressées au processus d'orientation se sont basées sur une participation volontaire des

acteurs. Ce que l'on peut relever, de par l'analyse des deux expériences, c'est que la participation volontaire atteint ses limites après quelques années ; il y a un essoufflement si elle n'est pas constamment réactivée et stimulée. La collaboration doit constamment être entretenue par des incitations à la participation et par l'apport de bénéfices concrets, ou être renforcée par un cadre plus « rigide ».

Dès le début d'INTERFACE, tous les acteurs (CMS, EMS, hôpitaux, médecins traitants) se sont associés à la démarche en partageant le pilotage et le financement. Les liens ont été formalisés par un contrat et un protocole de collaboration. Au cours de son évolution, de son passage d'une expérience-pilote à un programme, les participants ont réédité leur confiance au dispositif. Le BOUM a quant à lui débuté avec trois établissements qui ont accepté de déléguer la gestion des lits de court séjour urgent à un dispositif ad hoc ; puis la convention s'est étendue à huit établissements et à l'annonce systématique des disponibilités de long séjour pour ces EMS. Depuis la prorogation de la convention en 1995, les responsables du dispositif n'ont pas réussi à entraîner<sup>62</sup> d'autres EMS dans cette nouvelle culture de la collaboration et de l'orientation. Certains établissements qui avaient signé la convention participent de moins en moins activement à la démarche, tandis que d'autres acceptent aujourd'hui spontanément de donner leurs disponibilités en lits de long séjour. Avec ce nombre restreint de participants, il n'est pas possible de réguler le flux des patients dans le réseau de la communauté lausannoise et d'atteindre pleinement les objectifs fixés.

En cela, le renforcement d'INTERFACE dans la perspective de la conformité BRIO a permis de passer d'une culture de coopération volontaire régionale à une participation formalisée dans un cadre cantonal avec un renforcement des règles, des principes et avec l'introduction d'outils. Cette évolution a été facilitée par le fait que les partenaires avaient déjà expérimenté et testé les limites de la collaboration dans ce domaine. Le fait de collaborer spontanément autour de la problématique de l'orientation leur a sans aucun doute permis de se préparer à la réception d'un cadre plus formel émanant de l'Etat. Ce qui était alors présenté comme une obligation dans les BRIOs a permis de poser certaines limites que les uns et les autres n'auraient pas pu accepter une dynamique de coopération volontaire.

L'apparition d'un cadre cantonal pour la mise en place des BRIOs dans la mise en place du réseau ARCOS a focalisé les regards des partenaires sur les difficultés que le BOUM vivait et la migration qu'il allait devoir réaliser. Pour le dispositif de la région lausannoise, l'apparition de ce nouveau cadre cantonal sur l'orientation est une opportunité pour tendre vers un redéfinition des missions de son dispositif de liaison et d'orientation, de son positionnement à l'interface des partenaires et des relations qu'il entretient dans le réseau. Peut-être que les discussions auraient été plus difficiles et plus lentes sans le support du cadre cantonal BRIO et des principes qu'il « propose », accompagné d'un incitatif financier et d'outils appropriés. Soulignons que le BOUM bénéficie de l'impulsion du développement du réseau dans lequel les partenaires sont plus qu'intéressés à développer des filières en commun, et l'orientation est LA filière incontournable. L'entrée dans le troisième millénaire offrira, je l'espère, les meilleurs auspices qui permettront au réseau ARCOS, au BRIO de celui-ci et au BOUM de réaliser le virage de la réorganisation, de la coordination et de l'orientation. La perception de l'équipe des infirmières de liaison du BOUM est plus nuancée, car cela focalise les regards sur ce qu'elles vivent actuellement (réorganisation interne) et il y a indéniablement une crainte de remise en question de ce qui est fait actuellement. Elles craignent de ne pas participer activement aux réflexions et aux travaux qui vont conditionner et modifier sensiblement leur activité : elles veulent être associées pour être les actrices du changement, afin que celui-ci ne se fasse pas sans elles.

Ce que l'on peut souligner, c'est que la coopération doit se composer d'une dimension de « volontariat » et d'une dimension d'« autorité » ; l'une ne va pas sans l'autre si l'on veut que les acteurs s'approprient le dispositif.

---

<sup>62</sup> Y a-t-il eu des démarches dans ce sens-là ? Dans la mesure où le pilotage est unilatéral, qu'aucune rencontre avec les EMS n'est plus formalisée, je pense que le BOUM n'avait pas les moyens de s'étendre.

## 7.6.2 L'augmentation des demandes et la diversification des missions

Dans les deux cas présentés, on observe une nette augmentation des demandes et une diversification progressive des prestations offertes qui ont comme résultat d'accroître la pression qui s'exerce sur le travail des infirmières concernées ; cette évolution est révélatrice de l'efficacité et de la légitimité acquises auprès des partenaires. Cette progression de l'activité doit être suivie pour garantir que l'on ne se trouve pas face à une dérive des missions.

Le programme INTERFACE a étendu son activité sur des sites qu'il ne touchait pas auparavant ; la réflexion du comité de pilotage, du réseau et de la responsable s'oriente vers l'extension des prestations qu'un dispositif de liaison et d'orientation devrait assurer. En effet, une orientation efficace nécessite une gestion qui soit étendue aux disponibilités des structures intermédiaires (court séjour, UAT, appartements protégés) et une meilleure anticipation des besoins futurs de la population (préparation au placement). Pour ce qui est de la situation du BOUM : alors que l'introduction d'infirmières de liaison au CHUV avait donné lieu à de nombreuses tractations dans le passé, l'année 2000 a été favorable à la généralisation (presque totale) de ces professionnelles dans les services du CHUV<sup>63</sup>.

Le document cadre édité par l'Etat formule des exigences et offre un incitatif financier en lien avec la gestion des lits de long séjour, mais il est évident que l'orientation ne se résume pas à cette seule activité. Le BOUM et INTERFACE ont des missions qui dépassent largement ce qui est demandé et financé dans le dispositif cantonal. Si l'on en reste à la lecture formelle du cadre BRIO, les autres missions que l'on retrouve déjà dans les dispositifs d'orientation en place, telles que la gestion des urgences médico-sociales et la liaison n'y sont pas clarifiées.

L'exigence du BRIO est-il une espèce de leurre qui ne tient compte que d'une partie du problème de l'orientation au sein du réseau de soins ? Ce serait alors aux acteurs de s'organiser librement pour mettre en place les missions additionnelles, de les formaliser et de les financer ? L'Etat demande la mise en place d'un « Bureau Régional d'Information et d'Orientation » mais est-ce qu'il offre réellement les moyens pour le mettre en œuvre ? On devrait s'attacher et prendre en compte dans ce dispositif tout ce qui touche à l'orientation. Le dispositif d'orientation qui est demandé pour la reconnaissance — en lien avec le cadre cantonal — est une entité minimum qui ne comprend que l'aspect de la gestion des lits de long séjour, dans un premier temps. Les réseaux qui instaurent le BRIO se rendent compte que ce minimum est insuffisant. De part des raisons historiques ou de part les intérêts des partenaires, le développement de BRIOs se construisent sur des formes variées. Chaque région privilégie un axe spécifique de développement et de priorité : l'intégration de la liaison, l'information à la population, la coordination, les urgences médico-sociales, etc.

## 7.6.3 Et l'information à la population au milieu de tout cela ?

Quels sont les EMS existants et où sont-ils localisés ? Où y a-t-il des places disponibles ? Qu'est-ce qu'un court séjour et qui peut y avoir accès ? Qu'est-ce qu'une UAT et qui peut y avoir accès ? Y a-t-il des appartements protégés dans ma région ? A quoi ai-je droit ? Etc. Telles sont les questions que la population se pose lorsque l'état d'un de ses proches se dégrade et qu'il faut partir en quête d'une meilleure solution de vie.

Le mot BRIO porte en lui le « I » de l'information : celle-ci concerne l'information aux professionnels et l'information sur les disponibilités en structures sanitaires. L'enjeu, à terme, est également de porter ce « I » au niveau de l'information à la population. Dans cette optique, l'Etat est actuellement en train de mettre en place le projet « SANIMEDIA » qui est justement un projet d'information à la population.

De plus, l'une des conditions pour la réussite d'un projet d'orientation est la participation active

---

<sup>63</sup> Ceci ne va pas sans poser un certain nombre de problèmes quant au recrutement, à l'intégration et à la formation de ces professionnelles.



et éclairée du client et de son entourage au processus décisionnel ; il s'agit de *l'empowerment* du consommateur<sup>64</sup>. Il faut fournir au consommateur de l'information, des instruments et de la compétence lui permettant d'agir de façon éclairée, de prendre ses responsabilités et ses décisions en connaissance de cause concernant son état de santé et en utilisant de façon rationnelle les ressources existantes. Donner de l'information à la population permet également d'améliorer l'équité à l'accès des ressources existantes.

Chaque réseau interprète le cadre cantonal de référence pour répondre à ces spécificités locales ; ceci entraîne des différences importantes du point de vue des processus de collaboration entre les partenaires et des missions assurées par le dispositif. Même au niveau de l'appellation, les réseaux sont partis sur des terminologies différentes<sup>65</sup> ! Comment la population peut-elle s'y retrouver entre des BRIOs qui se donnent des noms différents d'un réseau à un autre et dont les priorités d'action varient ?

Le programme INTERFACE était avant tout un service à l'intention des professionnels de la santé et il s'est maintenant ouvert aux questions directes de la population intéressée. Dans ce réseau, ce dispositif sera complété par un nouveau projet expérimental « Info-Centre » qui devrait aussi ouvrir à la population l'accès à de meilleures informations et la recherche de solutions dans la région du Nord vaudois. Quant au BOUM, ses services ne sont disponibles que pour les professionnels (CMS, EMS, hôpitaux, CTR, autres réseaux et médecins traitants) ; les personnes qui s'adressent directement au BOUM sont réorientées vers le partenaire sanitaire le plus approprié.

Le BRIO offre donc une opportunité aux dispositifs d'orientation de porter attention et d'étendre leurs missions à plus d'actions d'information à l'intention de la population comme des partenaires.

#### 7.6.4 L'apport d'un incitatif financier

Faire de l'orientation implique qu'il y a des choix d'orientation pour la personne dans le réseau. Compte tenu du financement actuel des EMS, ceux-ci sont tenus d'avoir des taux d'occupation élevés pour éviter des pertes financières<sup>66</sup> et ils cherchent donc à remplir au maximum (et le plus rapidement possible) leurs lits disponibles ; toutefois, ils sont soumis au rythme des clients. On ne met pas une personne dans un EMS en un jour : la personne visite, l'EMS évalue, négocie, il peut y avoir un contretemps qui provoque le retard de l'hébergement.

Dans un contexte de pénurie de structures ou d'occupation importante, il est difficile de parler d'orientation, parce que le choix n'existe pas réellement ! L'Etat, dans un cadre cantonal proposé pour des bureaux d'orientation, devrait très clairement offrir des incitatifs financiers plus substantiels pour que les établissements et les partenaires soient réellement intéressés et motivés à entrer dans un jeu de la collaboration dans le domaine de l'orientation de la clientèle.

Le BOUM gère un certain nombre de lits, ce qui a comme impact que l'établissement médico-social concerné ne maîtrise pas le taux d'occupation de ces lits, d'où une perte d'argent pour les établissements considérés qui est en partie compensée par un financement ad hoc. Cette façon de procéder n'est pas un incitatif pour les EMS.

Les projets autour des dispositifs d'orientation sont actuellement financés par les partenaires, le programme cantonal (250 francs par lit de long séjour géré par le BRIO), un complément en cas de diminution du taux d'occupation moyen des établissements et du FIACRE. Les dispositifs d'orientation développent des projets, des prestations avec un financement qui est en partie en lien avec la phase de transition des réseaux sans que l'on sache par la suite s'il est garanti d'une façon ou d'une autre.

---

<sup>64</sup> On retrouve beaucoup ce concept dans les textes et les documents de Gianfranco Domenighetti. Un article paru dans le journal FOCUS résume les travaux du Professeur W.Stark qui est l'un des pionniers et des principaux défenseurs de cette théorie.

<sup>65</sup> INTERFACE pour le réseau ReNOVA, BOUM pour ARCOS, EIO pour ResCo, BRIO/ARIOSO pour AROVAL, etc.

<sup>66</sup> Presque tous les taux d'occupation se situent facilement entre 95 et 100%.

### 7.6.5 Compenser la perte de pouvoir

Je pense qu'une des menaces qui peut être ressentie par les institutions d'un réseau autour de la mise en place du dispositif d'orientation, et plus spécifiquement du BRIO, est l'émergence d'un nouveau pouvoir sur les patients et leur circulation : qui évalue (ou coévalue) les situations ? Qui gère les priorités en termes d'orientation ? Qui bénéficie des informations sur l'offre et les demandes ? Etc.

L'institutionnalisation d'un bureau qui régit l'orientation des clients a comme résultat de placer à l'extérieur des institutions un rôle qui leur appartenait auparavant : celui de l'évaluation et de la décision d'orientation du patient.

Lorsqu'une personne souhaite être placée dans un établissement de long séjour, le fonctionnement du dispositif d'orientation implique une coévaluation de la situation. Cette situation entraîne plus qu'un échange ; il s'agit d'un travail en commun dans lequel une personne extérieure (la professionnelle du BRIO) s'introduit dans la situation et dans l'institution pour prendre une part active dans le processus décisionnel.

Lorsque l'on entre dans une synergie de la coopération, il y a inévitablement une perte de pouvoir pour chacun des partenaires. Il est évident que pour collaborer, on doit sentir que cette « perte de pouvoir » a une compensation au niveau de la participation aux décisions. On participe à des actions et à un processus décisionnel qui élargit notre vision et notre pouvoir au-delà de l'institution qui nous emploie.

### 7.6.6 Le BRIO : opportunité ou menace ? Les éléments d'une réponse

La mise en place des BRIOs, imposée aux réseaux de soins, oblige les régions qui ont préalablement développé ce type de structure (mais sur une base de collaboration volontaire) d'intégrer et de s'adapter à de nouvelles règles de fonctionnement et de financement, ainsi que d'utiliser de nouveaux outils.

A l'émergence du concept BRIO, les deux structures étudiées dans les pages précédentes vivaient, chacune dans sa réalité, une période de doutes et un certain nombre de difficultés liées à leur fonctionnement sur une base de « volontariat ». Dans chacune de ces deux activités, une crise était relativement latente avant la mise en place du BRIO et l'opportunité d'une autorité extérieure aux partenaires locaux a donné un nouveau souffle aux dispositifs. De plus, bien que le BOUM et INTERFACE aient une légitimité vis-à-vis des partenaires, les deux responsables et leur équipe font part de leur fatigue.

Après un certain nombre d'années de fonctionnement, ces deux entités — vues comme novatrices par l'ensemble des partenaires et du canton, voire à l'étranger — se sont retrouvées enfermées dans un rythme de résolution de problèmes liés à la clientèle et à l'augmentation des demandes, sans pour autant pouvoir s'arrêter pour prendre du recul face à ce qui se déroulait sous leurs yeux. Le dispositif BOUM et le programme INTERFACE sont entrés dans un processus dans lequel l'opérationnel prend largement le dessus sur l'innovation et l'analyse ; et où la coopération volontaire atteint ses limites. Dans ce contexte-là, l'intérêt et le suivi des participants du réseau ont tendance à rapidement se perdre et l'équipe se fait prendre dans la « routine » de la recherche de solutions pour ses clients. Il faut qu'il y ait quelqu'un (ou quelque chose) qui puisse les faire sortir de leur pratique soit pour remettre au premier plan des aspects de développement, soit alimenter de façon renouvelée les partenaires par de l'information et des résultats<sup>67</sup>. Au départ, tous les acteurs sont entraînés par l'euphorie et l'enthousiasme du projet innovateur. Le risque est que le dispositif créé soit remis en cause lorsque l'investissement de ses fondateurs s'est peu à peu dilué<sup>68</sup>. L'attrait doit être constamment renouvelé par la mise en place de nouvelles activités voire par le développement d'un nouveau cadre qui permette d'entrer dans une dynamique « plus rigide » que

---

<sup>67</sup> C'est tout le problème en lien avec la définition d'un « projet » et de la « mise en œuvre de routine » d'un processus.

<sup>68</sup> Dominique Le Bœuf : Mise en œuvre des réseaux de soins, de l'expérimentation à l'organisation pérenne, in « Gestions Hospitalières », décembre 1999, page 744

celle du volontariat.

L'application de règles *imposées* par l'Etat n'est pas facile à rendre fonctionnelle. Le cadre cantonal est relativement vaste, et c'est justement toute la problématique d'un cadre qui ne donne pas nécessairement une réponse concrète aux questions qui se posent dans l'opérationnel. D'autre part, le BOUM et INTERFACE se sont développés pour donner des réponses régionales à des questions qui se posaient aux partenaires ; tandis que le cadre BRIO va chercher à faire tendre progressivement les dispositifs d'orientation vers une uniformisation cantonale. On observe actuellement dans les BRIOs qui s'organisent une grande hétérogénéité de configuration influencée par leur historique et leurs intérêts. Par qui et comment la coordination des BRIOs qui se mettent en place est-elle faite ? Il s'avère que les responsables de ces dispositifs régionaux n'ont pas directement de lieu pour traiter des problèmes pratiques, à part si ce n'est par des contacts bilatéraux avec les responsables étatiques des BRIOs et des NOPS. Le développement actuel des BRIOs gagnerait en efficacité s'il était appuyé d'un groupe de soutien à sa mise en place qui permettrait aux personnes directement en prise avec la pratique de s'exprimer.

Dans la pratique, le document de référence pour un « Bureau Régional d'Information et d'Orientation » n'axe (formellement) sa problématique que sur les missions de gestion des priorités concernant l'accès aux lits d'hébergement de long séjour tout en indiquant que l'orientation ne peut pas se limiter à cela ! Le résultat est que ceux qui s'approprient ces lignes directrices et tentent de les appliquer se trouve rapidement à la limite du cadre : le BRIO tel qu'il est présenté dans le document est la mise en place d'un dispositif minimum en termes d'orientation puisqu'il focalise cette activité uniquement autour de la gestion des lits de long séjour. Le processus d'orientation va clairement au-delà : si on veut faire de l'orientation dans le cadre des réseaux de soins, il faut passer par l'intégration de l'information et de la gestion des disponibilités dans les structures intermédiaires comme les structures de long séjour. De plus, les infirmières de liaison qui font de l'orientation que cela soit dans les sites hospitaliers (infirmières de liaison) comme celle réalisant les mêmes activités dans d'autres structures devraient faire partie du même dispositif (ou du moins partager la même culture). Dans les deux expériences développées, la gestion des lits de long séjour (mission BRIO) n'est qu'une partie du dispositif et on ne peut pas les réduire à ce simple aspect. L'Etat a mis un cadre cantonal sur cette activité, mais s'il veut réellement que l'orientation soit un programme unifié dans les réseaux de soins, il doit aller au-delà de ce cadre. En cela, le BRIO est une certaine menace, il met des règles, mais elles ne sont ni suffisantes, ni totalement adéquates pour réellement rendre opérationnel ce qui répondrait à une appellation de « Bureau Régional d'Information et d'Orientation ». Les réseaux doivent alors s'organiser pour formaliser les missions complémentaires (et indispensables aux processus d'orientation !) en se répartissant le financement entre les partenaires.

On se rappellera que l'idée d'un BRIO, reprise dans le cadre des NOPS et des réseaux de soins, est d'abord en lien avec la démobilisation massive de lits de long séjour requise dans le cadre des mesures d'économies portant sur les EMS. L'objectif initial était un objectif « économique » : il s'agissait d'éviter au maximum des entrées inappropriées dans les établissements médico-sociaux. Ce qui réduit sensiblement le concept « Orientation ». Donc, une gestion générale de promotion de l'orientation pour offrir une qualité de prise en charge et une continuité pour la population est une réflexion plus large que celle qui est en amont du cadre cantonal proposé. Si l'orientation était le *mot clé* et qu'elle soit au centre de la nouvelle politique, ce serait le client qui serait le centre du dispositif : il s'agirait alors de « gérer les clients » en attente pour leur offrir la meilleure orientation. Cela passe par de l'évaluation (pluridisciplinaire et inter-institutionnelle), de l'information ciblée, une gestion des ressources sanitaires du réseau pour proposer des solutions en adéquation avec leurs attentes, leur état de santé, leur souhait et celui de leur entourage. L'outil OPARS promu outil d'orientation dans le cadre des BRIOs tente bien d'orienter les dispositifs d'orientation vers cette voie, mais lorsque le profil évalué présente des solutions alternatives au placement (comme de l'UAT, un appartement protégé) d'une part il n'y a pas de ressources disponibles, d'autre part, l'information n'est pas connue (ni gérée) à l'heure actuelle dans le cadre des Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation en place. De fait, probablement que les BRIOs devraient rapidement aborder la question de la gestion des demandes puisque celles-ci sont supérieures à l'offre.

## **Le programme INTERFACE**

A la mise en place de l'expérience-pilote, ce sont les partenaires qui ont participé à la mise en place des règles de fonctionnement. Dès l'évaluation par l'IUMSP, un certain nombre de limites et de lacunes ont été mises en évidence. Dans le cadre de cette première expérience de collaboration et d'intégration des pratiques, il est probable que les différents acteurs n'étaient pas prêts à se mettre des règles trop contraignantes et dépasser certaines limites. En effet, il est très difficile d'imposer des règles et un mode de fonctionnement particulièrement rigide à des participants qui sont à la fois les instigateurs, les gestionnaires, les utilisateurs et les financeurs de ce programme !

Cet « exercice » autour de la collaboration a, par contre, permis aux uns et aux autres de tester les limites de la collaboration, de ce qui est acceptable et de ce qui l'est moins. Et ainsi de les préparer à accepter de nouvelles règles, plus contraignantes, qui viendraient de l'extérieur et de l'Etat.

Au bout de trois années de fonctionnement et juste avant la mise en place du BRIO, le programme INTERFACE se trouvait face à un certain nombre de difficultés : comment dynamiser la collaboration entre les acteurs ? Et comment se donner les moyens d'avoir des ressources supplémentaires pour tendre vers des adaptations ? Comment dépasser certains fonctionnements et s'orienter vers une meilleure intégration de l'annonce des disponibilités et de l'orientation ?

A côté de cela, la mise en place a permis au BRIO de renforcer le dispositif comme la logistique qui l'entourait, soit par le biais d'outils, soit par le biais de forces de travail (et de réflexion) liées au réseau de soins.

En conclusion, le BRIO a clairement été une opportunité pour INTERFACE de relancer un programme émanant, à la base, de la volonté des partenaires mais qui devait se chercher une nouvelle direction plus contraignantes, plus formalisée. Il va chercher à développer de nouvelles missions notamment en direction de la gestion des courts séjours. Les réflexions et l'expertise acquises par la responsable d'INTERFACE au cours de ces dernières années sont très précieuses pour l'ensemble des BRIOs qui font actuellement leur entrée dans le paysage sanitaire des réseaux de soins.

## **Le dispositif BOUM**

Le BOUM a été victime de son succès. Le nombre de demandes et le souhait de pouvoir disposer d'infirmières de liaison ont enflé de façon exponentielle, l'équipe des infirmières de liaison au sein des services du CHUV ont augmenté sans pour autant que la « coquille » dans laquelle se trouvait le BOUM ait le temps de grandir à la même vitesse : pas de renforcement des postes de cadres et de la hiérarchie, pas de place donnée aux partenaires dans les décisions et le pilotage (ce qui a entraîné une totale déresponsabilisation de ceux-ci sur les difficultés vécues par le BOUM), un manque de moyens logistiques, pas de clarification et de formalisation dans les pratiques, manque de supervision, manque de personnel. Cette croissance a provoqué la « crise de croissance » que vit actuellement ce bureau et la nécessité incontournable d'une redéfinition de fond. Le BOUM s'est laissé dépasser, il a d'une certaine manière dérapé... Dans une telle situation, il y a une certaine solitude qui s'installe, un climat d'inconfort, voire de perte de confiance chez les personnes qui travaillent avec le BOUM comme chez les partenaires.

En conclusion, l'apparition du BRIO à ce moment précis est la chance du BOUM de pouvoir faire travailler les partenaires autour de ce dispositif d'orientation dans une dynamique positive et volontaire sur le thème de la collaboration, de la coopération, de l'information et de l'orientation. Et ceci avec, en plus, un apport financier du FIACRE. Ce projet est un défi pour le réseau ARCOS. Il est difficile à l'heure actuelle d'anticiper l'impact de ce nouveau bureau d'orientation dans un réseau dont la configuration, l'histoire et la taille (plus de 2'000 lits d'hébergement) diffèrent quelque peu des autres. L'enjeu et les succès attendus n'en sont que plus stimulants pour les acteurs qui y

participent !

## 8. LA TRANSPOSITION DES FACTEURS ISSUS DE L'ANALYSE DES DISPOSITIFS D'ORIENTATION SUR LES RESEAUX DE SOINS

La présentation du BOUM et d'INTERFACE nous a permis de mettre en évidence les facilitateurs et les obstacles qui ont conditionné l'évolution de deux dispositifs organisationnels de type « Réseau » dans le domaine de l'orientation (chapitres 4, 5, 6). Pour dépasser l'étude de cas spécifiques, nous avons ensuite généralisé les constats pour en tirer des facteurs généraux à mettre en évidence pour les structures organisationnelles qui réalisent l'orientation de la clientèle entre les partenaires, et vus l'impact des BRIOs (chapitre 7).

A partir de la lecture et de l'interprétation que l'on peut faire de ces facteurs dans ce contexte donné — *celui de l'orientation* —, nous aimerions mettre en évidence les éléments qui sont transposables sur le fonctionnement des réseaux de soins. Nous avons montré dans la première partie de ce mémoire l'existence de la résonance entre les constats liés à l'émergence des réseaux de soins et ceux des dispositifs d'orientation, ce qui justifie la transposition que nous allons effectuer. L'intérêt de ce chapitre serait alors de mettre en évidence des conditions clés à partir des expériences régionales concrètes de collaboration et de coopération pour dépasser les concepts théoriques et les considérations liées à des expériences qui se sont déroulées sur des terres non vaudoises.

En tenant compte de l'ensemble des remarques et des analyses des chapitres précédents, on peut relever trois conditions générales pour les réseaux de soins ; il s'agit de conditions techniques, sociales et culturelles. Ces conditions sont reprises de façon systématique dans les différents écrits sur la théorie des réseaux de soins et leur développement<sup>69</sup>. A la lecture des deux expériences, BOUM et INTERFACE, nous aimerions y rajouter deux conditions complémentaires qui se situent au niveau contextuel et financier.

### 8.1 DES CONDITIONS « CONTEXTUELLES » COMME INCITATIFS DE DEPART A LA CONSTITUTION D'UN RESEAU

#### **Les ressources et une décision de l'Etat**

L'incitation à des modifications de fonctionnement et à des restructurations organisationnelles peut trouver sa source dans une raréfaction des ressources des institutions du système : « Faire plus avec moins » ou comment être plus productif avec des ressources identiques. Dans le contexte vaudois, les producteurs de soins sont soumis depuis un certain nombre d'années aux restrictions budgétaires, à l'impact du vieillissement de la population sur l'augmentation des demandes et à l'alourdissement des prises en charge. Dans le même temps, la question financière touche l'Etat comme les assurances maladie qui tendent vers un objectif similaire de diminution (ou de non-augmentation) de la facture des soins.

Pour faire pièce à la tendance naturelle au repli sur soi en période de vaches maigres, l'Etat a voulu un dispositif obligeant les institutions à se coordonner qui se traduit par les Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire et son expression sous la forme de réseaux de soins. Au-delà des strictes exigences étatiques vaudoises, les producteurs de soins se rendent rapidement compte de la plus-value d'une meilleure coordination des ressources existantes. Les difficultés liées à la diminution des ressources peuvent ainsi encourager les acteurs à s'orienter vers une culture de la collaboration et ainsi déterminer un fonctionnement de coopération entre des partenaires touchés

---

<sup>69</sup> Je vous renvoie aux différents documents produits par le professeur Pierre Huard cités dans la bibliographie.

par une même situation de plus en plus défavorable. Rechercher du partenariat, des associations, de l'articulation, de la coordination permet de tisser des liens et de trouver des pour être plus forte et développer des solutions communes.

Des orientations claires de l'Etat (s'exprimant par une décision, un cadre, du soutien) couplées à une adhésion volontaire de la part des acteurs est un incitatif fort pour le développement d'échange et de collaboration. L'un ne va pas sans l'autre : le contenu (échanges, collaboration, projets entre les acteurs) ont besoin de pouvoir s'appuyer sur un cadre formalisé (autorité et décision des pouvoirs publics) qui puisse soutenir les démarches et les légitimer.

### **La légitimité**

Un autre élément des conditions « contextuelles » qui peut être énoncé est celui de la légitimité des acteurs. Au cours des dernières années, le monde de la santé a été perturbé par des scandales touchant certaines catégories professionnelles. Ce discrédit porté sur quelques acteurs et institutions spécifiques a provoqué un doute généralisé auprès de la population, des autres producteurs de soins comme des payeurs. Dans ce contexte, les autres acteurs vont sans aucun doute préférer s'approcher d'autres partenaires et d'autres catégories d'institutions pour renforcer leur position, mais surtout pour ne pas être assimilés aux « moutons noirs » de leur troupeau professionnel.

Citons là le cas des établissements médico-sociaux qui ont subi un certain nombre d'attaques et de discrédits suite à des affaires touchant certains d'entre eux ; ces problèmes ont probablement favorisé leur intérêt et leur participation dans le cadre de la constitution des réseaux de soins et des projets de prise en charge qui s'y développent.

### **La proximité**

Cette notion de « collaboration » dans l'émergence des réseaux de soins doit se faire dans un contexte de proximité, il faut qu'il y ait une adhésion minimale pour que les partenaires puissent collaborer. Cela passe, par exemple, par le partage du même intérêt pour améliorer une prise en charge spécifique, ou par un rapprochement spatial, technique, social, culturel. Au-delà de ce contexte de proximité comme condition initiale, il faudrait, pour s'orienter vers un horizon commun, d'autres incitatifs, que cela soit au niveau technique, financier, social, culturel ou fonctionnel.

#### Conditions de départ :

- Raréfaction des ressources des différents acteurs comme incitatif pour s'orienter vers de nouvelles solutions organisationnelles passant par une accentuation des processus de coordination et de coopération.
- Décision obligeant les acteurs à entrer dans un processus de collaboration.
- Volonté ou besoin de renforcer une légitimité par rapport à l'externe.
- Proximité spatiale, technique, sociale ou culturelle pour avoir une adhésion minimale pour commencer à penser la collaboration et la coopération.

## **8.2 LES CONDITIONS « TECHNIQUES »**

Au-delà des conditions « contextuelles » spécifiées précédemment, pour que la coordination puisse s'établir et se développer entre les membres du réseau, il faut que celle-ci puisse compter sur un minimum de conditions « techniques » comme support à la collaboration et à la coopération. Ce que l'on entend par des conditions « techniques » comprendrait alors :

1. Encourager les échanges d'information et favoriser la communication entre les partenaires du réseau sur leurs pratiques et leurs connaissances spécifiques, dans un climat de confiance et de reconnaissance réciproques.
2. Mettre à disposition des « supports » appropriés.
3. Mettre en place une codification de l'information.

## 8.2.1 Une dynamique de connaissance et d'échanges chez les acteurs

### Une connaissance précise des partenaires

Une des conditions clés du fonctionnement et de la réussite d'un réseau de soins passe nécessairement par une bonne connaissance du potentiel du système sanitaire régional. La connaissance de l'autre est indispensable pour favoriser la collaboration et la coopération. Pour travailler sur des projets concrets, développer de la confiance, il faut connaître et reconnaître ses partenaires. Suivant la grandeur du réseau, on constate chez les acteurs une méconnaissance importante de la réalité quotidienne vécue par les autres producteurs de soins au cœur du système<sup>70</sup>. C'est en favorisant cette connaissance des partenaires que la bonne circulation du client peut se faire et que l'on pourra progressivement développer une réflexion sur le bon client, au bon endroit, un bon moment. Les réseaux de soins ont comme mission principale d'offrir une meilleure continuité de prise en charge à la clientèle, ce qui implique une meilleure complémentarité des producteurs de soins : ceci implique que les missions, le potentiel de prise en charge, le champ d'intervention, les limites de tous les partenaires du réseau soient clairement identifiés pour tous.

Pour l'instance de coordination du réseau (soit le secrétariat général<sup>71</sup>), la connaissance fine des producteurs de soins et du contexte doit être une priorité, ceci pour qu'il y ait une compréhension claire des enjeux des partenaires. Cette instance est « porteuse de la coordination », sa cheville ouvrière, on ne peut pas coordonner sans avoir une connaissance rigoureuse de leur réalité, pour être une force d'incitation à de nouvelles activités et aux processus de coordination.

#### Conditions:

- Les partenaires doivent acquérir une bonne connaissance de l'identité des autres acteurs du réseau (missions, clients, champ d'intervention, potentiel de prise en charge, limites, etc.).
- Identifier clairement les acteurs les uns par rapport aux autres, dans le but de tendre vers la complémentarité.
- L'instance de coordination (le secrétariat général) du réseau doit également acquérir une excellente connaissance des membres de son réseau, comme des besoins de santé de la population.

### Un échange entre les partenaires basé sur de la confiance

Dire qui on est, dire ce que l'on fait, va permettre aux autres acteurs de pouvoir correctement s'identifier les uns par rapport aux autres dans ce nouveau système partenarial ; cela sous-entend que, d'une part, on attend une réciprocité dans cet échange, c'est-à-dire que l'autre nous apporte également des données le concernant et, d'autre part, qu'il existe un climat de confiance et de respect suffisant instauré entre les partenaires pour permettre cette communication sur son identité. S'ouvrir au « monde extérieur » et entrer dans une dynamique de collaboration impliquent que l'on est préparé à être confronté à des remarques, à des jugements, voire à des critiques. C'est un important défi que de se dévoiler, cela peut impliquer une forte remise en question.

Toutefois, l'échange qui se constituera dans le cadre d'une structure organisationnelle basée sur la collaboration peut amener les partenaires à bénéficier d'une résonance sur leur propre pratique, ce

---

<sup>70</sup> Les CMS prennent-ils en charge les clients psychiatriques ? Quel est le poids financier des EMS par rapport à celui du maintien à domicile ? Etc. Dans les groupes de travail du réseau ARCOS, il était relativement significatif de voir la vision comme la méconnaissance du champ d'intervention et des limites de prises en charge du voisin.

<sup>71</sup> Le secrétariat général est par définition composé de personnes extérieures aux institutions ; elles n'ont pas nécessairement une expérience dans le cadre d'une des institutions.



qui peut être très enrichissant.

L'échange peut prendre des formes variées : des documents d'informations, des résultats statistiques, des discussions, des réflexions communes, des rencontres, des réalisations concrètes, des échanges de compétences, de clientèles, etc. L'échange est le plus favorable lorsqu'il peut se concrétiser dans une expérience, lorsque ce qui est dit dans l'échange est mis en pratique dans un projet. Au fil des expériences et des échanges partagés, les partenaires pourront renforcer le climat de confiance et de respect mutuel.

Conditions :

- Promouvoir des lieux d'échanges entre les professionnels sur leurs pratiques, par exemple des colloques pluridisciplinaires et inter-institutionnels.
- Développer des formations communes.
- Faire partager aux autres acteurs des documents clés de son fonctionnement d'institution, des informations statistiques.
- Favoriser la circulation entre institutions des professionnels du réseau.
- Développer des projets et des réalisations conjointes pour aller au-delà de l'échange : confronter sa pratique aux autres, acquérir une expérience commune.

## 8.2.2 Les supports de l'information et de la communication

L'information est au cœur des systèmes d'organisation : toutes sortes d'informations sont nécessaires pour se connaître, piloter l'organisation, l'évaluer, suivre l'activité qui se développe, etc. Pour ce faire, il faut qu'un minimum de conditions purement techniques (et matérielles) soient remplies, en premier lieu celle de la compatibilité des systèmes d'information. Dans les faits, il y a un important éclatement des données comme des systèmes qui gèrent l'information. L'incompatibilité entre les systèmes d'information institutionnels, le manque de définitions unifiées, le manque de lisibilité sur les sources (où est l'information et qui en est propriétaire ?), sont autant de problèmes récurrents dans la circulation de l'information et des données du domaine sanitaire. La nature de l'information peut concerner les institutions, les patients comme l'activité même du réseau.

Les différents mondes « techniques » ne permettent pas aux partenaires du réseau de bénéficier rapidement des informations qu'il souhaiterait. La circulation de données sur les institutions comme sur la clientèle est sous-tendue par des problèmes au niveau technique, mais également sur le plan de la standardisation, de la gestion, de l'interprétation, de l'éthique et de la protection des données qui devraient être encore résolus dans le cadre du réseau.

Ainsi, il est essentiel, pour les réseaux de soins, de se doter des moyens techniques minimums pour assurer de façon efficace, sécurisée, simple, l'échange d'information. Dans les faits, beaucoup de choses restent à faire et à préciser dans les réseaux vaudois. Les solutions seront, sans aucun doute, trouvées dans le cadre des travaux conduits par les groupes de travail de la Conférence de Concertation sur les Systèmes d'Information (CCSI)<sup>72</sup> mise sur pied par l'Etat.

Conditions :

- S'orienter petit à petit vers un système d'information compatible, voire unique dans les réseaux de soins.
- Mettre à la disposition des partenaires du réseau des outils techniques appropriés au niveau de la communication et des plates-formes d'information.
- Mettre à la disposition du réseau des données et des indicateurs sur les partenaires et la population qui permettraient d'anticiper les besoins, de planifier et d'évaluer la collaboration.

<sup>72</sup> Les groupes de travail de la CCSI sont au nombre de cinq et traitent des thèmes suivants : plate-forme de communication, orientation et suivi du patient, dossier patient, identifiant unique, harmonisation & pilotage.

- Clarifier certains points liés à la question de l'information : la source, les conditions d'utilisation, la propriété des données, etc.
- L'information doit rester un moyen, elle doit être au service de l'échange et de la communication qui sont la finalité.

### 8.2.3 La codification de l'information

Lorsqu'on va chercher à échanger des informations, à communiquer, il s'agira de s'assurer — au-delà des problèmes purement techniques — que l'autre est en mesure de comprendre le contenu de cette communication. Il faut que celle-ci entre dans un cadre qui soit un cadre partagé par les acteurs en présence. Ainsi, il doit y avoir une codification de l'information, des conventions, une normalisation des échanges et des processus qui permettent aux partenaires d'avoir une base commune de référence pour leur lecture et la compréhension.

Les acteurs sont chacun dans un contexte de définitions, de vocabulaire, de codification qui leur est propre, qui fait référence à leurs propres références professionnelles et institutionnelles. Un certain nombre de pratiques, de définitions sont peut-être même tout à fait informelles : « On a toujours fait comme cela ici ! » Ce que l'on fait est contextualisé dans le cadre de notre pratique quotidienne qui conditionne l'information. Le partage demandera que ce cadre soit aussi explicité voire qu'il tende vers une certaine homogénéité.

Une nouvelle pratique qui se fonde sur l'échange, sur la communication avec des partenaires fournira une occasion d'explicitation, de codification, de standardisation propices à la clarification d'éléments informels. Il s'agit de rendre visible ce que l'on est et ce que l'on fait, mais en amont, en ayant les règles de la communication et ses bases.

Ainsi, pour comprendre l'autre, il faut un minimum de langage commun acquis au départ (formation, expérience, origine professionnelle, etc.), la volonté de s'orienter vers un partage de savoir et un cadre formalisé pour le concrétiser.

#### Conditions :

- S'efforcer, petit à petit, de rendre explicite ce qui est encore, à l'heure actuelle, informel entre les acteurs et dans les institutions.
- Mettre à la disposition des professionnels et des partenaires des outils communs nécessitant des définitions communes.
- Développer une codification, une standardisation et une harmonisation de certaines informations.
- Développer des occasions, des travaux, des rencontres, des réflexions qui permettent aux professionnels de confronter leur « langage » et leur savoir, dans le but de trouver des passerelles et des zones d'uniformisation.
- Mettre à disposition des stratégies et des supports pour l'échange d'information et la communication.

## 8.3 LES CONDITIONS « SOCIALES »

Les conditions dites « sociales » renvoient à la stratégie des acteurs du système : chaque partenaire a son identité, ses intérêts, ses objectifs qui sont en lien avec sa profession, son institution et son contexte. Ses actions seront donc dirigées par des choix stratégiques au travers desquels il cherchera à renforcer sa position. Il est évident qu'une modification en profondeur de la structure organisationnelle du système de santé fait spontanément émerger des inconvénients et de l'incertitude. Il apparaît donc qu'il ne suffit pas de mettre en place de la complémentarité, de la coopération entre les acteurs, il faut les créer. Promouvoir l'échange et la coopération entre les partenaires de la santé sous la forme d'un réseau de soins ne va aboutir qu'à la condition que les acteurs y trouvent un intérêt pour eux, pour leur institution ou pour le système dans lequel ils

interagissent. Sinon, dans la mesure du possible, chacun des partenaires poursuivra ses objectifs et sa propre stratégie.

On crée la collaboration entre les acteurs en développant des projets, des occasions de rencontres mais pour cela, il faut convaincre les acteurs de l'intérêt que ces nouvelles relations fondées sur la complémentarité et la coordination peuvent avoir. Il s'agit de bien connaître les acteurs pour faire émerger les éléments tacites et informels qui fondent les relations actuelles entre les personnes du système. L'analyse et la bonne compréhension de cette situation permettent d'aller plus loin et de trouver des incitatifs pour valoriser la plus-value que peut offrir une telle structure organisationnelle de type « Réseau ». Il faut démontrer l'importance et les avantages de la collaboration pour diminuer la sensation de risque et d'incertitude ressentie par les partenaires.

La coopération et la collaboration impliquent qu'il y a également des intérêts communs à prendre en considération, des changements d'attitude à opérer pour ne pas privilégier uniquement son intérêt propre, mais un intérêt de réseau. Dans cette collaboration, les partenaires seront appelés à changer leurs pratiques, ce qui implique de l'investissement, des craintes, des inconvénients, des incertitudes, voire une perte d'autonomie. Dans la collaboration, on a tendance à voir en premier lieu ce que l'on risque de perdre, les prestations ou les clients que l'on risque de se faire subtiliser. Il est donc nécessaire de trouver les contre-parties et les bénéfices pour mettre en œuvre une nouvelle pratique de la collaboration. Cela passe notamment par un partage d'un certain nombre de décisions pour compenser la perte d'autonomie qu'engendre la collaboration. Il y a donc là un nouveau défi pour les acteurs et les partenaires de faire coïncider leurs intérêts avec ceux du réseau.

Pour s'engager, le futur partenaire doit être convaincu que ce que lui rapportera la collaboration en réseau sera supérieur à ce qu'il perd. Il ne soutiendra les nouveaux processus de coopération du réseau que s'il y croit et y trouve un intérêt (symbolique, financier, technique, etc.). Pour cela, il faut de l'information, des engagements, des conventions, des objectifs qui permettent aux acteurs de partir ensemble et de s'engager dans une démarche commune. Cela nécessite des accords, de la négociation pour que les uns et les autres s'engagent, une décision ou un cadre formel, et mais la mise en place de projets entre les acteurs.

Conditions :

- Montrer les bénéfices que peuvent tirer les acteurs grâce à la collaboration : réduction des risques, échanges de connaissance enrichissants permettant de renforcer des compétences, limitation de certains coûts, meilleure efficacité dans les prises en charge, traitement des problématiques au-delà de l'institution en bénéficiant d'autres compétences, etc.
- Prendre en compte les intérêts et les stratégies des acteurs.
- Tendre vers des objectifs et des intérêts « réseau » en ayant intégré les différentes positions des partenaires.
- Développer des projets et des réalisations dans lesquels les intérêts de chacun sont partagés et donnent lieu à une négociation.
- Partager les décisions ce qui permet de compenser une « perte de pouvoir » par la participation à quelque chose qui élargit sa propre vision institutionnelle.

## 8.4 LES CONDITIONS « CULTURELLES »

Le développement des conditions « culturelles » est le plus difficile à atteindre, car celles-ci renvoient aux représentations que les acteurs se font de leur activité, de leur rôle, de leur institution, du contexte dans lequel ils évoluent, comme de la culture professionnelle à laquelle ils appartiennent. C'est par ce biais-là que les acteurs perçoivent les autres composantes du système.

La nouvelle structure organisationnelle fondée par des réseaux de soins et faisant la promotion de la collaboration va être une activité (préoccupation) supplémentaire pour les acteurs. Pour la rendre « attrayante » il faut la rendre légitime : en effet, on a vu précédemment qu'elle n'était pas donnée, et qu'elle devait être construite sur la base d'éléments (décision, cadre) formels. La

collaboration et la coopération doivent devenir un réflexe entre les partenaires et non pas une charge ressentie comme obligatoire. Pour cela, il est impératif d'avoir au départ quelques valeurs communes minimales pour fonder sa contribution dans l'élaboration d'un dispositif de collaboration. Il faut également de la lisibilité de ce que les autres font (et sont), et que cette représentation permette le développement de nouveaux processus axés sur la coopération.

Une bonne lecture de la représentation des autres acteurs doit permettre de mettre en évidence quelle est la contribution que l'on peut apporter et quelles sont les conditions qui doivent être remplies pour entrer dans ce nouveau processus dynamique. Les informations que l'on nous donne sont perçues plus que lues à partir de notre regard, ce qui implique inévitablement une interprétation et biaise la lecture. Il est donc nécessaire d'offrir à chacun la meilleure lisibilité (en éliminant au maximum l'informel) pour donner une vision qui soit la plus proche de la réalité : on perçoit plus qu'on ne voit, on interprète plus qu'on ne lit. Il faut mettre en relief la notion de collaboration, lui donner un sens, de l'épaisseur pour que la représentation des partenaires puisse tendre vers des modifications de pratiques. La meilleure représentation que l'on peut alors donner à la collaboration, c'est de mettre en pratique cette collaboration en développant l'occasion de rencontres, de formations, d'expériences, ceci en utilisant et capitalisant les acquis des partenaires.

Bien des changements peuvent être négociés, discutés, voire imposés ; une représentation, quant à elle, se travaille, s'élabore petit à petit sur les bases d'un apprentissage et de l'expérience commune : c'est-à-dire sur du relationnel. On n'est pas dans des relations de pouvoir mais vraiment dans des relations transverses. Des contacts personnels et personnalisés entre les acteurs du réseau de soins via des actions communes, doivent permettre de changer les représentations des partenaires par rapport à l'ensemble du système, et ainsi favoriser le développement de visions nouvelles qui iraient au-delà de strictes représentations professionnelles ou institutionnelles.

Conditions :

- Développer des opportunités d'échanges et de la proximité entre les acteurs : formation, lieux d'échange, de rencontre, etc.
- Impliquer les acteurs pour promouvoir de l'expérience vécue.
- Clarifier la notion de « collaboration » : quel est le contenu qu'on lui donne, il doit y avoir des objectifs de collaboration, des projets lisibles pour les partenaires.
- Multiplier les contacts personnels et personnalisés entre les acteurs du réseau de soins, au travers d'actions communes.

## 8.5 LES CONDITIONS « FINANCIERES »

### **L'investissement et la redistribution**

La modification du système organisationnel de la santé sous la forme de réseaux de soins entraîne un coût supplémentaire qui doit être supporté conjointement par les producteurs de soins et par l'Etat. Alors que les acteurs vivent déjà dans un contexte de restriction budgétaire et d'augmentation de la charge (vieillesse démographique, accroissement des demandes et complexification des prises en charge), il est relativement difficile de leur demander de changer leur pratique, leur fonctionnement et leur organisation sans un investissement financier complémentaire. Dans le cadre des réseaux NOPS, ce complément est apporté par le fonds FIACRE (Fonds d'Innovation à la Création des Réseaux) : les projets proposés sont financés pour moitié par les partenaires et pour moitié par ce « pot commun ». Toutefois, rappelons la source d'alimentation de ce fonds : il s'agit d'une ponction sur les budgets des institutions qui ne retrouvent donc cet argent qui si elles collaborent et que si le réseau met en place des projets innovateurs dans la nouvelle organisation, le réseau<sup>73</sup>. Par conséquent, l'Etat ne met pas d'argent supplémentaire, il rend simplement aux institutions ce qu'il leur a préalablement prélevé ! On veut tendre vers des améliorations, vers une

<sup>73</sup> Le montant alloué par le fonds FIACRE et les projets sont formalisés dans le Contrat de prestations qui est signé entre le réseau et l'Etat.

meilleure efficacité, mais cela a un coût supplémentaire ; dans le même laps de temps, il est difficile de savoir ce que l'on va y gagner financièrement : est-ce que ces nouveaux processus basés sur la collaboration et la coordination vont continuer à engendrer des coûts supplémentaires, vont-ils amener des économies ou simplement un ralentissement des dépenses ? On accepte de faire des investissements (dépenses risquées) qui devraient rapporter à terme. On s'attend quand même à des économies, mais comment seront réallouées les économies effectuées ?

Si, grâce au réseau et à une meilleure coordination des ressources existantes, cela entraîne un gain pour une institution, qu'en est-il pour les autres partenaires du réseau ? Prenons l'exemple de la diminution des durées de séjour hospitalières. Cette politique implique une diminution des coûts pour l'hôpital, mais cela a un impact certain sur les services de maintien à domicile qui voient ainsi une augmentation du nombre de clients pris en charge suite à une hospitalisation, une augmentation des prestations techniques ; et ceci sans que les ressources du programme de maintien à domicile augmentent en conséquence<sup>74</sup>. Est-ce que l'hôpital reverse pour autant une contribution aux services d'aide et de soins à domicile ? Ce n'est pas le cas à l'heure actuelle...

### **Le coût de la coordination**

Quid de la valorisation de la coordination ? Dans le cadre des réseaux, ce nouveau paradigme valorise la coordination entre les partenaires comme pratique incontournable de prise en charge de la clientèle sans la valoriser financièrement. En effet, toutes les activités de coordination qui se réalisent à l'interface des institutions (les colloques pluridisciplinaires et inter-institutionnels, les activités de liaison) sont pas — *ou mal* — rémunérées et non reconnues par les payeurs.

### **Le financement du client**

Avec la mise en place des réseaux de soins, on cherche à promouvoir une meilleure continuité de la prise en charge de la clientèle, des prestations qui sont délivrées : mais comment promouvoir la continuité des soins dans un système où justement l'argent ne suit pas le client, mais où l'on finance directement les institutions ? Il y a là un obstacle de taille à la coordination efficace qu'il sera difficile de dépasser dans des délais brefs... A cela ajoutons que chaque partenaire de soins a des modalités financières et budgétaires fort variées : les modalités de financement sont multiples, compliquées, les coûts réels des prises en charge et des prestations opaques, ce qui ne permet pas d'avoir une bonne lisibilité de ce qui se passe.

#### Conditions :

- Pour promouvoir de nouveaux processus basés sur la collaboration, la modification des pratiques, les réseaux qui se mettent en place devraient bénéficier d'incitatifs financiers clairs en fonction des projets qu'ils comptent poursuivre et en fonction de leur grandeur.
- Valoriser économiquement les activités de coordination.
- Donner une meilleure visibilité des budgets et des financements des partenaires.
- Mettre en place dans les réseaux des mécanismes de transferts de charges entre les institutions.
- Même si cela peut paraître utopique, proposer un financement par prise en charge plutôt qu'un financement des producteurs de soins.

<sup>74</sup> Voir l'article de Laurent Busslinger, Pour faire des économies, le CHUV envisage de se tourner vers les médecins privés, dans le journal « Le Temps », Edipresse, Genève, 23 janvier 2001.



## 9. MISE EN REGARD DES CONDITIONS LIEES AUX « DISPOSITIFS D'ORIENTATION » ET AUX « RESEAUX DE SOINS »

Après avoir considéré les conditions nécessaires au fonctionnement d'un dispositif organisationnel pour l'orientation (chapitre 7) et leur transposition sur les réseaux de soins (chapitre 8), nous voulons mettre en regard les différentes réflexions tirées des chapitres précédents. Pour ce faire, nous retrouverons les différentes conditions évoquées (contextuelles, techniques, sociales, culturelles et financières) et leur expression au travers des dispositifs d'orientation et des réseaux de soins.

Les réseaux de soins doivent pouvoir se concrétiser en développant des filières de prise en charge pour des catégories de clients spécifiques. L'orientation est l'une d'entre elles. Les filières sont l'expression de la collaboration où l'ensemble des partenaires est présent pour partager des actions et des décisions.

Comme relevé à plusieurs reprises, le volontariat des acteurs n'est pas suffisant : l'échange et la collaboration s'amenuisent si elles ne peuvent pas s'appuyer sur une légitimité (autorité) reconnue et partagée.

Conditions	Les dispositifs d'orientation	Les réseaux de soins
<p><b>Contextuelles de départ</b></p> <p><b>Ressources, décision &amp; légitimité</b></p>	<p><u>Constats</u> : pénuries de ressources (manque de lits d'hébergement), de méconnaissance des structures comme des moyens à disposition, une coordination lacunaire entre les partenaires dont l'effet est un engorgement de l'hôpital, une attente de placement, une orientation lacunaire, une absence de dispositif d'orientation, etc. A cela, on peut ajouter que certains partenaires sont sensibilisés au processus de la collaboration dans le but de renforcer une légitimité égratignée lors de certaines « affaires » touchant la profession.</p> <p><u>Moyens mis en œuvre</u> : processus volontaire des acteurs régionaux qui souhaitent développer un dispositif novateur en termes de collaboration pour répondre aux difficultés de l'orientation. Cela aboutit à la mise en place d'expériences-pilotes pour l'orientation des personnes âgées et dépendantes, et pour permettre de mieux coordonner et allouer les ressources existantes. Il s'agit de la mise en place du BOUM (région lausannoise) et d'INTERFACE (région yverdonnoise). Dans un 2<sup>e</sup> temps, l'Etat met l'orientation au centre des préoccupations lorsqu'il développe les NOPS et impose les BRIOs.</p>	<p><u>Constats</u> : un manque de ressources qui s'accroît avec le phénomène de vieillissement de la population, l'augmentation des demandes, l'augmentation des situations complexes, l'augmentation de la technicité médicale et de son cloisonnement. A la suite d'« événements » qui ont porté du discrédit sur certains éléments du système sanitaire, on peut ajouter que certains partenaires sont plus sensibilisés à la mise en place d'un nouveau fonctionnement basé sur la coordination et la collaboration dans l'intention de renforcer leur légitimité et celle de leur profession.</p> <p><u>Moyens mis en œuvre</u> : compte tenu de la nécessité de stabiliser les dépenses du système de santé, il faut chercher à mieux coordonner les forces existantes pour mieux utiliser les ressources injectées dans le système et offrir à la population une continuité de prise en charge plus appropriée. L'Etat décide de mettre en place une nouvelle politique sanitaire, les NOPS, qui obligent les acteurs du système à se coordonner « par adhésion volontaire des fournisseurs de soins ». La forme « Réseau » apparaît alors comme une nouvelle solution organisationnelle.</p>

Conditions	Les dispositifs d'orientation	Les réseaux de soins
<p><b>Techniques</b></p> <p><b>Echange &amp; confiance</b></p>	<p><u>Constats</u> : pour permettre une meilleure orientation de la clientèle dans le système sanitaire et fluidifier son parcours entre les institutions (« Bon client, bon endroit, au bon moment »), il est indispensable que les acteurs aient une connaissance réciproque de leurs missions, de leur champ d'intervention, de leur fonctionnement, de leurs pratiques comme de leurs limites. Dans les faits, cette connaissance n'est pas toujours acquise et elle doit être construite et renouvelée en permanence.</p> <p><u>Moyens à mettre en œuvre</u> : clarifier les missions des partenaires (CMS, EMS, hôpital), identifier les pratiques des personnes qui font de l'orientation (hôpital, CTR, médecin traitant, CMS, EMS), favoriser le partage d'expériences, encourager les échanges dans le cadre de colloques pluridisciplinaires et inter-institutionnels, déclarer des disponibilités (long séjour, court séjour, UAT, appartements protégés), utiliser de façon transversale un outil d'aide à l'orientation (OPARS), réaliser des stages plus complets dans les autres institutions (CMS, EMS, hôpital), etc.</p> <p>Dans le dispositif d'orientation, le but est d'aller plus loin que l'échange puisqu'il s'agit de tendre vers le partage de l'information sur l'offre existante, une coévaluation des situations et un partage de la décision.</p>	<p><u>Constats</u> : les producteurs de soins connaissent mal ce que font les autres partenaires, leurs intérêts, leurs craintes comme leurs activités. Pourtant, il est réellement indispensable d'avoir une connaissance fine de la réalité pour inciter, cibler et concrétiser de nouveaux processus de collaboration et de coopération sous la forme d'une nouvelle structure organisationnelle, le réseau de soins. Pour l'instance de coordination (secrétariat général) et la direction du réseau (issue des différents partenaires), il faut une bonne compréhension des enjeux qui conditionnent l'évolution des composantes productives du réseau de soins. Il faut que les partenaires s'identifient correctement pour mettre en évidence leur complémentarité et non pas la concurrence.</p> <p><u>Moyens à mettre en œuvre</u> : encourager les échanges sur les pratiques et les connaissances spécifiques (sous la forme de rencontres entre professionnels, de formations communes, de circulation de personnels entre institutions du réseau), développer des projets et des expériences en commun, communiquer sur qui on est et ce que l'on fait, partager des informations statistiques sur des études réalisées dans le cadre institutionnel, etc.</p>



Conditions	Les dispositifs d'orientation	Les réseaux de soins
<p><b>Techniques</b></p> <p><b>Support &amp; systèmes</b></p>	<p><u>Constats</u> : au départ les relations entre les partenaires qui réalisent l'orientation se fondent sur des contacts ponctuels basés sur des pratiques informelles et individualisées. Il y a un manque de moyens « techniques » pour assurer la mise en évidence de données relatives à l'offre et la demande dans le réseau, les processus d'orientation et le suivi des demandes. Les institutions n'ont pas d'outil d'évaluation et d'aide à l'orientation qui soit un instrument partagé.</p> <p><u>Moyens à mettre en œuvre</u> : support pour la gestion des demandes au dispositif (SULID), support pour la déclaration des disponibilités en lits d'hébergement et des demandes, statistiques sur la demande, l'offre et la pénurie, textes clairs sur les pratiques et sur les processus, etc.</p> <p>L'échange d'informations et la communication sur les clients, sur l'offre disponible en structures médico-sociales doit bénéficier d'un support « physique » pour faciliter l'activité des personnes en charge de l'orientation.</p>	<p><u>Constats</u> : les réseaux ont besoin d'avoir de l'information pour se connaître et se reconnaître ; à terme, l'information est également essentielle comme outil de pilotage et d'évaluation des réseaux de soins. Actuellement l'information est morcelée, mal connue et mal partagée, les systèmes informatiques ne sont pas toujours entièrement compatibles, etc.</p> <p>Le réseau se base sur l'échange, il faut lui donner les moyens de faciliter la transmission des données entre (et pour ) les partenaires.</p> <p><u>Moyens à mettre en œuvre</u> : clarification de la propriété et mise en place de modalités de transmission de données, développement d'un système d'information pour les réseaux, plate-forme d'information et de communication, site internet. Développer des solutions techniques mieux adaptées à la communication et à l'échange.</p> <p>Les problèmes techniques sont traités au niveau cantonal par la CCSI dans le but de trouver des solutions cantonales.</p>
<p><b>Techniques</b></p> <p><b>Codification &amp; standardisation</b></p>	<p><u>Constats</u> : dans le domaine de l'orientation beaucoup de transactions et de rapports entre les partenaires se basent sur de l'informel et du tacite. Chaque partenaire a son « langage », son « vocabulaire » et sa part d'informel, ce qui complique sensiblement la compréhension et l'échange d'information.</p> <p><u>Moyens à mettre en œuvre</u> : les rapports entre les acteurs et leurs échanges doivent se faire sur une base formalisée. Cela peut passer par la mise en place de conventions, de définitions partagées, de protocoles entre les partenaires, d'une clarification de certaines données et de la manière de les récolter.</p>	<p><u>Constats</u> : les partenaires du réseau de soins proviennent de cultures institutionnelles et professionnelles différentes, cela entraîne une hétérogénéité des pratiques et des langages qui est très importante. Cet état de fait peut être un obstacle dans l'échange et la communication entre les différents acteurs.</p> <p><u>Moyens à mettre en œuvre</u> : développer un langage commun, mettre en œuvre une codification, des conventions, des protocoles pour formaliser ce qui est resté sous une forme tacite. Il faut développer un « langage » réseau. Pour partager du savoir, il faut que l'autre soit en mesure de le comprendre.</p>

Conditions	Les dispositifs d'orientation	Les réseaux de soins
<b>Sociales</b>	<p><u>Constats</u> : chaque partenaire a ses propres attentes et ses propres intérêts par rapport à un dispositif d'orientation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>EMS</b> : conserver un taux d'occupation élevé de ses lits, avoir des clients qui répondent bien aux critères de son établissement, liberté de choix de ses pensionnaires, homogénéiser ses rapports avec les services « placeurs », etc.</li> <li>✓ <b>CMS</b> : bénéficier d'une aide à la recherche de solutions d'orientation, bénéficier d'une aide pour la négociation de l'orientation, connaître facilement les disponibilités des serveurs « offreurs », etc.</li> <li>✓ <b>Hôpital</b> : pouvoir sortir les patients le plus rapidement possible pour diminuer l'engorgement de l'hôpital, connaître facilement les disponibilités des serveurs « offreurs », etc.</li> </ul> <p><u>Moyens à mettre en œuvre</u> : respecter les intérêts de chacun, rendre les acteurs participatifs (évaluation, décisions, pilotage, financement) dans le dispositif. La mise en place, le développement et le suivi doivent être appuyé par les acteurs des différentes institutions. Les partenaires doivent être impliqués dans le processus décisionnel et pouvoir y exprimer leurs craintes comme leurs intérêts : le changement dépend d'eux. Le personnel qui travaille à l'interstice de ces institutions doit bénéficier de relais institutionnels.</p>	<p><u>Constats</u> : outre une obligation des partenaires d'une participation à la démarche de mise en place de réseaux de soins, le contexte fait émerger un intérêt à la participation pour pouvoir partager de la connaissance et des compétence, assurer une prise en charge qui soit mieux coordonnée et plus efficace. A la base, chacun cherche à défendre son « pouvoir » et ses intérêts.</p> <p><u>Moyens mis en œuvre</u> : faire partager aux différents acteurs des expériences communes qui leur permettent d'échanger et de se confronter sur leurs pratiques. Il faut chercher à convaincre certains acteurs légitimés dans leur profession et leur institution pour qu'ils puissent être des « militants » et qu'ils puissent être en mesure de convaincre d'autres partenaires.</p>

Conditions	Les dispositifs d'orientation	Les réseaux de soins
<b>Culturelles</b>	<p><u>Constats</u> : la culture d'orientation est différente, les objectifs posés par rapport au client sont différents, chacun privilégie ses choix d'orientation par rapport à sa connaissance, sa représentation et son expérience du réseau sanitaire.</p> <p><u>Moyens mis en œuvre</u> : mettre en place une culture d'orientation partagée. Elle peut s'acquérir sur la base d'échange, de partage (information, décision, etc.) et par l'utilisation d'un instrument d'aide à l'orientation qui soit partagé et comparable (OPARS).</p>	<p><u>Constats</u> : les partenaires ont une perception qui est toujours contextualisée et qui est donc toujours en lien avec leur histoire professionnelle comme leur contexte institutionnel. De fait, chaque acteur a sa propre lecture de la réalité, des problèmes et du contexte.</p> <p><u>Moyens mis en œuvre</u> : chercher à tendre vers une culture partagée, chercher à aller au-delà de la résolution institutionnelle pour aller chercher à partager des problématiques au niveau des partenaires.</p>

## 10. CONCLUSION

L'ambition de mon travail de mémoire en Economie et Administration de la Santé était d'étudier des dispositifs de coordination sanitaire (conditions de fonctionnement et facteurs d'évolution) pour réaliser, dans un deuxième temps, une transposition sur le paradigme des réseaux de soins qui se développent en ce moment dans le paysage sanitaire vaudois.

Mon choix — comme mon intérêt — s'est porté sur des expériences organisationnelles dans le domaine de l'orientation des personnes âgées et dépendantes. Les dispositifs d'orientation sont l'expression même de la coordination dans le système de soins, et dans le contexte dans lequel le monde sanitaire évolue, ils sont un enjeu majeur.

Le Bureau d'Orientation des Urgences Médico-Sociales (BOUM) et le programme INTERFACE sont des structures organisationnelles innovantes dans le domaine de la collaboration entre les producteurs de soins. Partis de la volonté des acteurs locaux de rendre plus efficaces les ressources existantes et de mettre ensemble les partenaires, ces dispositifs d'orientation ont été des « réseaux avant l'heure ». Il a été intéressant de procéder à une étude comparée de ces deux expériences pour mettre en évidence les conditions de leur émergence, leur évolution, leur fonctionnement, leur structure, leurs pratiques, les résultats atteints et les obstacles rencontrés. L'analyse de ces deux cas spécifiques nous a permis de tirer les conséquences de ces deux expériences et de dégager une généralisation sur les dispositifs d'orientation.

Les différentes remarques sur l'évolution des deux dispositifs nous ont permis de montrer qu'après quelques années de fonctionnement, les modalités de collaboration fondées sur une participation volontaire des acteurs montrent leurs limites ; c'est ainsi que la mise en place d'un nouveau cadre imposé par l'Etat a permis de leur donner un nouveau souffle. Les BRIOs ont ainsi été pour les dispositifs d'orientation en place une opportunité pour acquérir une nouvelle légitimité auprès des partenaires. Toutefois, j'aimerais nuancer cette conclusion en mettant en évidence que le cadre cantonal de référence pour l'orientation permet de légitimer la structure mais ne résout pas dans la pratique les problèmes et les obstacles qui se présentent dans le cadre d'une activité qui évolue à l'interface des institutions.

Dans les réseaux de soins qui n'avaient pas préalablement mis en place de dispositif d'orientation, les BRIOs inaugurent de nouveaux processus de collaboration entre les partenaires dans le domaine de l'orientation en parallèle à la mise en place des réseaux de soins. Pour la région de Lausanne et d'Yverdon, les dispositifs d'orientation du BOUM et d'INTERFACE doivent opérer des changements pour répondre aux exigences de conformité. Le système sanitaire est en pleine mutation et les producteurs de soins ont pleinement conscience que le réseau passera automatiquement par la reconnaissance du dispositif d'orientation. On voit que pour le BOUM et le programme INTERFACE ont pu se mettre en place et fonctionner sans le soutien formel d'un réseau. Le réseau et le cadre BRIO ont été, d'une certaine manière, des outils supplémentaires pour renforcer la collaboration en vigueur entre les partenaires régionaux et donner une légitimité à des pratiques fondées sur une base de volontariat. Dans le cas de ces deux dispositifs d'orientation, le choix d'une structure organisationnelle sous forme de réseau était avant tout une méthode pour travailler plus efficacement. Un dispositif d'orientation peut vivre sans le réseau, mais le réseau ne pourra pas survivre à un échec du dispositif d'orientation. En effet, s'il devait rester un seul projet dans le réseau, il s'agirait bel et bien de celui de l'orientation. Le dispositif d'orientation est un pivot central de la nouvelle organisation sous forme de réseau ; c'est l'intégration même des principes de réseau fondé sur la coordination et l'articulation des acteurs. En une phrase : **l'orientation est l'expression de la coordination dans le système de soins.**

L'étude de ces deux expériences en matière d'orientation me semble intéressante par le fait que ce

sont des programmes qui se sont développés à l'interface des institutions. Leur mise en place a permis de développer de nouvelles compétences (les infirmières de liaison) mais également d'expérimenter la coordination dans un système sanitaire qui n'était pas encore entré dans une démarche de mise en réseau. A ce titre, les projets BOUM et INTERFACE sont des innovations, des formes de réseaux avant l'heure. La description des deux dispositifs peut paraître un peu longue au lecteur, mais il était important de passer par ce niveau de détails pour donner une bonne vision et une bonne lisibilité de ce que sont le BOUM et INTERFACE. Il était intéressant de procéder à la comparaison des deux structures organisationnelles parce qu'elles sont centrales depuis plusieurs années dans le paysage sanitaire vaudois. A part l'évaluation ponctuelle de l'IUMSP, il n'y a pas eu de regard extérieur posé sur ces deux dispositifs, ni même de comparaison. D'autre part, les éléments facilitateurs et des difficultés rencontrées n'ont jamais été mis en évidence avant ce mémoire.

A partir de l'analyse des facteurs qui ont conditionné le fonctionnement des dispositifs de coordination autour de l'orientation, nous avons pu faire une transposition de ces éléments sur les réseaux de soins. En effet, les conditions contextuelles, techniques, sociales, culturelles et financières se retrouvent exprimées très clairement dans les dispositifs d'orientation qui sont l'expression même de la coordination dans les réseaux de soins.

Au fil de l'élaboration de mon mémoire, j'ai rencontré un certain nombre de difficultés qui ont fortement conditionné la « bonne orientation » de cette recherche. En premier lieu, j'ai pu constater le manque cruel de documents précis sur les modalités de fonctionnement des dispositifs d'orientation que je souhaitais étudier, soit le BOUM et INTERFACE. Il a donc été difficile de rendre une description toujours fine et rigoureuse. Une des raisons de ce déficit de formalisation est la force d'adaptabilité de ces structures (et de son personnel) au changement. Une deuxième raison peut être évoquée : c'est celle de la « vie pratique » qui prend le dessus sur l'élaboration de processus formel. Les équipes des dispositifs d'orientation s'adaptent pour trouver une solution à la demande spécifique en allant au-delà d'un cadre strict de formalisation. On se s'arrête pas pour prendre le temps de formaliser et de prendre du recul sur le travail effectué et son évolution.

En démarrant ce projet de mémoire, je pouvais bénéficier d'une place d'observatrice de ces deux structures tout en ayant une position externe aux deux dispositifs. Ma réorientation professionnelle a entraîné une immersion totale dans la problématique « pratique » de l'orientation : je devais prendre un rôle de promotrice dans la mise en place du BRIO du réseau ARCOS, tout en évitant que l'élaboration de travail de recherche ne court-circuite les négociations et les démarches entreprises auprès des partenaires du réseau.

Au terme de ce document, il est difficile de parler de « Conclusion » car j'ai plutôt l'impression que mes propos ont permis d'entrer dans une réflexion sur les dispositifs d'orientation et ses modalités, et dans une réflexion sur les conditions de fonctionnement et les facteurs d'évolution des réseaux de soins, sans être en mesure de pouvoir y répondre de façon complète et définitive. Mon travail se présente comme une amorce à partir de laquelle bien des discussions et des développements restent à envisager.

## 11. BIBLIOGRAPHIE

### DEMOGRAPHIE, PERSONNES AGEES ET DEPENDANCES

Delpérée Nicole : De la vieillesse et de la philosophie politique, in « Actes du congrès de la CALASS'99 », ALASS, 1999

Fanello, Moutel, Houssin, Durand-Stocco & Roy : Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des Admissions et Urgences d'un grand Hôpital, in « Santé publique 2000 », volume 11, n°4

Mizrahi Andrée & Mizrahi Arié : Age limite de la vieillesse, in « Epistula », ALASS, avril 1999

Schoellen Christiane : La détermination de la dépendance dans le cadre de l'assurance dépendance au Grand-Duché de Luxembourg, in « Actes du congrès de la CALASS'99 », ALASS, 1999

Trabacchi Ghislaine : Quelle politique de santé choisir en faveur des personnes âgées dépendantes?, in « Revue de l'infirmière », n°27, Mai 1997

### ORGANISATIONS, SYSTEMES ET RESEAUX

Busslinger Laurent : Pour faire des économies, le CHUV envisage de se tourner vers les médecins privés, dans le journal « Le Temps », Edipresse, Genève, 23 janvier 2001

Cabin Philippe (coord.) : Les organisations : Etat des savoirs, Les Sciences Humaines Editions, Auxerre, 1999

Crozier Michel et Friedberg Erhard : L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective, Editions du Seuil, Paris, 1977 (BCU : 316.2 CRO7 Act/KA12779)

Delande Guy : Filières et réseaux en santé, in « Gestions Hospitalières », décembre 1999, pages 746-755

Fischer Gustave-Nicolas : Psychologie sociale de l'environnement, série « Pratiques Sociales », Editions Privat, Toulouse, 1992

FORUM 2005, Santé • Gesundheit : Des réseaux gagnants, des réseaux perdants?, documents et notes de la journée organisée par sanofi-synthelabo et l'Université de Genève (groupe de métronomie), Les Diablerets, 11 janvier 2001

Friedberg Erhard : Le pouvoir et la règle : Dynamique de l'action organisée, Coll. « Points Essais », Editions du Seuil, 1997 (BCU : 316.38/UMA16882)

Godet Michel : De l'anticipation à l'action : Manuel de prospective et de stratégie, Dunod, Paris, 1991 (BCU : 65.012.2/TVA65555)

Dr Grémy François : Filières et réseaux, vers l'organisation et la coordination du système de soins, in « Gestions Hospitalières », juin-juillet 1997, pages 433-438

Huard Pierre et Moatti Jean Paul : Introduction à la notion de réseau, in « Gestions Hospitalières », décembre 1995, pages 735-738

Huard Pierre : Les réseaux de soins : Eléments de cadrage, note, Aix, mars 1997

Huard Pierre : Création et développement des réseaux de soins. Un cadre d'analyse pour la mise en place des NOPS, cours donné dans le cadre du programme de formation continue organisé par le Service de la Santé Publique, Lausanne, du 16 avril au 2 juillet 1998

Huard Pierre : La dynamique des systèmes de santé, cours donné dans le cadre du postgrade en Economie & Administration de la Santé, Lausanne, printemps-été 1999

Huard Pierre : Réseaux et coordination dans le système de santé, cours donné dans le cadre du postgrade en Economie & Administration de la Santé, Lausanne, printemps-été 2000

Le Bœuf Dominique : Mise en œuvre des réseaux de soins, de l'expérimentation à l'organisation pérenne, in « Gestions Hospitalières », décembre 1999, pages 741-745

Mintzberg Henry : Le management. Voyage au centre des organisations, Editions d'Organisation, Paris, 1998

Plane, Jean-Michel : Théorie des organisations, coll. « Les Topos », Dunod, Paris, 2000

Comment sortir de l'impasse? Les fondements théoriques de l'« empowerment », résumé des travaux du Prof. Stark Wolfgang, in « Dossier FOCUS », n°2, mars 2000

## **COORDINATION, LIAISON ET ORIENTATION**

Blanchard N. : Les représentations de la coordination comme un outil d'évaluation d'un programme expérimental de gérontologie, in « Santé publique 2000 », volume 12, n°2

Dejace Alain : Le référent hospitalier : l'interface interdisciplinaire de l'hôpital au domicile, in « Actes du congrès de la CALASS'99 », ALASS, 1999

Gaille Georgette : Comment étant vieux, malade et un peu fou, réussir à rester chez moi malgré tous ? Réflexion au sujet des crises et des urgences médico-sociales à domicile, octobre 1992

Gobert Micheline & D'Hoore William : Le développement de l'interface hôpital-domicile, in « Perspective soignante », n°1, Paris, avril 1998

Mariolini Nicoletta & Jaeger Catherine : Pratiques d'orientation, OMSV, Lausanne, juin 1998

Russi Marie-Hélène & Simon Gérald : Enjeux liés aux mécanismes d'orientation des clients à l'intérieur d'un réseau socio-sanitaire régional coordonné, CALASS'95, Québec, 1995

Russi Marie-Hélène, Gaille Georgette & Simon Gérald : Orientation des clients d'un réseau sanitaire : de la définition politique à la gestion, CALASS'98, Abano Terme, 1998

## **A PROPOS DE LA NOUVELLE ORIENTATION DE LA POLITIQUE SANITAIRE (NOPS)**

Bachelard Bernard : Construire les réseaux de soins. Priorités et objectifs pour la phase initiale, CALASS'2000, Porto, 2000

Bachelard Bernard & Tinturier Gérald : Comment créer un réseau de soins NOPS, Etat de Vaud, Service de la Santé Publique, Lausanne, première étape, juin 1998

Bachelard Bernard & Tinturier Gérald : Construire les réseaux de soins – Priorités et objectifs pour la phase de transition, Etat de Vaud, Service de la Santé Publique, Lausanne, première édition, novembre 1998

Bachelard Bernard & Tinturier Gérald : Construire les réseaux de soins – Cahier des charges en vue de la négociation d'un contrat de prestations, Etat de Vaud, Service de la Santé Publique, Lausanne , première édition, novembre 1998

Etat de Vaud, Service de la Santé Publique, Rapport NOPS – Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire, Lausanne, 1997

Tinturier Gérald : Les réseaux de soins dans le cadre de la réforme vaudoise, CALASS'2000, Porto, 2000

### **A PROPOS DES BUREAUX REGIONAUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION (BRIOs)**

EMS 2000 – FORUM : Modalités d'aide à la décision d'hébergement, recommandations du groupe de travail, projet, 28 janvier 1998

Resplendino Chantal : Construire les réseaux de soins – Les BRIOs – Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation – Cadre cantonal de référence pour l'orientation des patients, Etat de Vaud, Service des assurances sociales et de l'hébergement, première édition, décembre 1999

Resplendino Chantal : Les BRIOs : Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation, CALASS'2000, Porto, 2000

Dr Santos Eggimann Brigitte: OPARS, IUMSP, Lausanne, octobre 2000

### **ARTICLES ET DOCUMENTS CONCERNANT LE BUREAU D'ORIENTATION DES URGENCES MEDICO-SOCIALES (BOUM)**

*Note : En plus des textes cités ci-après, j'ai pu m'appuyer sur différentes notes internes et des présentations non répertoriées dans ces références.*

Antille Josiane : Le BOUM : un modèle vaudois de prise en charge alternative, Conférence SYSTED, Genève, mai 1994

Antille Josiane : De l'émiettement et du cloisonnement au service global avec coordination hospitalière : le modèle vaudois, décembre 1994

Antille Josiane : Le Bureau d'Orientation des Urgences Médico-Sociales (BOUM) : un modèle de pratique de réseau à la frontière des institutions sanitaires, septembre 1995

Antille Josiane : Le Bureau d'Orientation des Urgences Médico-Sociales (BOUM), cinq ans d'existence et d'expérience ..., in « Courrier du médecin vaudois », n°8, décembre 1995, page 12

Antille Josiane & Decollogny Anne : Le Bureau d'orientation des urgences médico-sociales (BOUM) : un modèle de pratique de réseau à la frontière des institutions sanitaires, présentation pour la 1<sup>e</sup> conférence nationale sur l'efficacité et l'efficience en santé publique, Zurich, 10 mars 1995

Berseth Véronique : Bureau d'orientation des urgences médico-sociales, avril 2000



Claudia Bruno et Santos-Eggimann Brigitte : Clientèle et activités du Bureau d'Orientation des Urgences Médico-Sociales, Rapport préliminaire, IUMSP, Lausanne, Juillet 1992

Decollogny Anne : Le BOUM (Bureau d'orientation des urgences médico-sociales) : 10 ans d'expériences, CALASS'2000, Porto, 2000

Fondations Clémence, Louis Boissonnet, Parc de Valency, Ilot du Parc, CMS de l'Ouest lausannois, CMS de la Couronne lausannoise, ALSMAD, Service des Hospices Cantonaux : Projet-pilote de réseau de soins coordonnés dans la zone sanitaire 1 – région lausannoise, juin 1993

Gaille Georgette : Bureau d'Orientation des Urgences Médico-Sociales, rapport annuel de 1995, mars 1996

Waldmann Françoise : Bureau d'Orientation des Urgences Médico-Sociales, rapport annuel de 1996, février 1997

Waldmann Françoise : Bureau d'Orientation des Urgences Médico-Sociales, rapport annuel de 1997, mars 1998

Bureau d'Orientation des Urgences Médico-Sociales, statistiques annuelles de 1998

Bureau d'Orientation des Urgences Médico-Sociales, statistiques annuelles de 1999

## **ARTICLES ET DOCUMENTS CONCERNANT LE PROGRAMME INTERFACE**

*Note : En plus des références citées, j'ai pu m'appuyer sur différents documents internes et sur différentes discussions avec les personnes du programme INTERFACE.*

Barussaud Brigitte et Micheli Styger Anne-Dominique, Dispositif de liaison et d'orientation, programme INTERFACE, Fiche « Gestion de projet » du réseau ReNOVA, ReNOVA, avril 2000

Barussaud Brigitte : Bilan d'activité du programme INTERFACE de juin 1998 à juin 2000, ReNOVA, juillet 2000

Commission sanitaire de zone VI et VIa, Rapport du groupe de travail sur l'évolution de la demande et la dotation en lits d'hébergement médico-sociaux, 20 septembre 1995

Gaille Georgette : Orientation des clients à travers le réseau sanitaire: regard critique sur le fonctionnement d'INTERFACE, septembre 1996 - septembre 1998, Réseau de soins coordonnés, Zone sanitaire VI-VIa, septembre 1998

Groupe de travail du Réseau de soins coordonnés, Zone sanitaire VI-VIa, Avant-projet INTERFACE, décembre 1995

Peer Laurence, Renard Delphine & Santos-Eggimann Brigitte : Evaluation de la mise en œuvre du programme INTERFACE, Rapport final, IUMSP, Raisons de santé n°26, Lausanne, 1999

ReNOVA, Programme INTERFACE : Protocole de collaboration entre le programme du Bureau Régional d'Information et d'Orientation (BRIO) : INTERFACE et le réseau de soins du Nord Vaudois, mai 2000

Réseau de soins coordonnés, Zone sanitaire VI-VIa : Historique des collaborations 1975-1998, novembre 1998

Russi Marie-Hélène, Gaille Georgette & Simon Gérard : Orientation des clients d'un réseau sanitaire : de la définition politique à la gestion, CALASS'98, Abano Terme, 1998

Russi Marie-Hélène : Programme INTERFACE, Contrat de coopération, Réseau de soins coordonnés, Zone sanitaire VI-VIa, février 1999