

# Orientation médico-sociale dans les réseaux de soins

Bilan 2000 – 2004 et perspectives

**Rapport final du Groupe de travail BRIO II, rédigé par Brigitte Barussaud  
avec la participation de Fabienne Kern et Marie-Hélène Russi**

# Table des matières

<b>1. Méthode.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Le contexte et le cadre fondateur des BRIO's .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Gestion de l'offre et de la demande en matière de long séjour.....</b>	<b>4</b>
<b>3.1 Fonctionnement du BRIO .....</b>	<b>4</b>
<b>3.2 Identification des enjeux de la priorisation.....</b>	<b>5</b>
<b>3.3 Priorisation : NEPAL, le support de référence.....</b>	<b>5</b>
<b>4. Liaison intégrée.....</b>	<b>6</b>
<b>4.1 La fonction de liaison.....</b>	<b>6</b>
<b>4.2 Conditions d'intégration au BRIO de la fonction de liaison .....</b>	<b>6</b>
<b>4.3 Avantages escomptés.....</b>	<b>7</b>
<b>4.3.1 Le projet d'orientation et de prise en charge .....</b>	<b>7</b>
<b>4.3.2 La coordination / coopération .....</b>	<b>7</b>
<b>4.3.4 La promotion / innovation.....</b>	<b>8</b>
<b>4.4 Obstacles identifiés .....</b>	<b>8</b>
<b>5. Recommandations et perspectives .....</b>	<b>9</b>
<b>6. Liste des annexes .....</b>	<b>11</b>

## 1. Méthode

Le groupe de travail « orientation »<sup>1</sup>, créé en 2000 dans le cadre de la CCSI (Conférence de Concertation des Systèmes d'Information), vient présenter son rapport final après quatre années consacrées à l'harmonisation des pratiques, à la consolidation et au développement cantonal du dispositif BRIO's (Bureau Régional d'Information et d'Orientation).

Pour conduire ce travail les membres du groupe ont analysé leurs pratiques et les différences organisationnelles, en se référant au cadre fondateur des BRIO's : mission et objectifs, ainsi qu'aux conditions de mise en oeuvre du dispositif par les huit réseaux de soins vaudois. Cette démarche a permis de mettre à niveau la terminologie et les représentations de chacun, (chapitre 2)

Dès lors, il est apparu que le dispositif pouvait être schématiquement décrit par une structure composée de modules<sup>2</sup> correspondant à des unités fonctionnelles, pouvant être utilisés conjointement à d'autres et adaptables de manière souple au rythme très varié de l'avancement des BRIO's dans les réseaux. Chaque module est organisé autour d'activités permettant de concrétiser un objectif<sup>3</sup> et de produire des résultats quantitatifs et qualitatifs mesurables au moyen d'indicateurs.

Il ressort de l'analyse que seul le module « gestion de l'offre et de la demande en matière de longs séjours » était considéré comme obligatoire dans le cadre cantonal de référence et que la majorité des réseaux<sup>4</sup> ont élargi volontairement leur dispositif au module de liaison

Deux options de travail prioritaires ont émergé au long des travaux du groupe, elles constituent le noyau dur de ce rapport :

- Le besoin de consolider la fonction « gestion de l'offre et de la demande en matière de longs séjours » en dotant les BRIO's d'un outil de priorisation facilitant la négociation « pour l'attribution équitable des lits longs séjours », (chapitre 3).
- La nécessité de renforcer et de développer, sur l'ensemble du Canton, le dispositif d'orientation par la généralisation de l'intégration de la fonction de « liaison » aux équipes BRIO's (chapitre 4).

Ce rapport propose, en conclusion, une série de recommandations permettant de pérenniser le dispositif en le plaçant dans une perspective de développement stratégique (chapitre 5).

## 2. Le contexte et le cadre fondateur des BRIO's

Le canton de Vaud mène une réforme de son système de santé, plus connue selon le nom du rapport adopté par le Grand Conseil en 1998 comme les « Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire » (NOPS). Une des priorités de cette réforme a été la création de réseaux dans le but d'augmenter l'efficacité globale du système en améliorant la coordination des prestations réalisées par les différents fournisseurs de soins.

Cette réforme implique un changement radical des modes de coopération entre les institutions socio-sanitaires et concerne le système de soins dans sa globalité. Il s'agit de transformer les mécanismes de coordination des prestations afin de rationaliser la circulation du patient au moyen de filières de soins qui s'appuient sur la complémentarité des acteurs (partage des savoirs et de l'information), tout en garantissant la neutralité des interventions. Cela suppose la mise en place d'un processus d'orientation capable d'informer le patient et son entourage à faire des choix éclairés, en connaissance de cause.

Un des instruments les plus visibles et les plus efficaces de cette réforme est sans doute le dispositif d'orientation mis en place sous l'appellation « contrôlée » BRIO.<sup>5</sup> Ces Bureaux régionaux émanant de la politique sanitaire vaudoise sont chargés de l'orientation des patients et s'inscrivent dans les mesures « obligatoires » prévues par les contrats de prestations établis entre l'Etat et les Réseaux de soins. En outre, ils sont porteurs d'objectifs relevant d'autres options cantonales telles que le programme de maintien à domicile décidé par le Grand Conseil en 1987, l'effort de diminution des durées de séjours hospitaliers et la volonté d'assurer une utilisation rationnelle des ressources d'hébergement.

<sup>1</sup>Annexe 1 :Liste des membres du groupe de travail « orientation » (GTBRIOII)

<sup>2</sup> Dans notre définition un « module » correspond à une « fonction ».

L'annexe 2 présente le schéma « du niveau de développement des structures modulaires du BRIO ».

<sup>3</sup> Mission correspond au but et se décline en objectifs

<sup>4</sup> Arcos, Aroval, Rénova, Fédération de Soins du Chablais, Santé Broye

<sup>5</sup> Annexe 3 présente la mission des BRIO's définie dans le cadre cantonal de référence pour l'orientation des patients

Dans les faits, les huit Réseaux créés entre 1999 et 2001, disposaient d'une relative autonomie pour implanter cette nouvelle structure. La charge d'élaborer la convention de coopération et les procédures de collaboration revenaient aux membres de chaque réseau. De ce fait, les modalités d'organisation et de fonctionnement mises en place répondent, en partie, à l'historique de collaboration et à la vision stratégique des acteurs des systèmes sanitaires régionaux. Il en découle que, dans la pratique, les professionnels des BRIOs ont été confrontés à l'hétérogénéité des réseaux dans l'ensemble des domaines d'action :

- La définition de l'orientation médico-sociale et de son champ d'action
- Le panier de prestations
- La structure organisationnelle et les pratiques professionnelles
- L'implantation des ressources humaines dans les institutions
- Les informations statistiques transmises
- Le financement

Placés au cœur du système de soins on comprend aisément que le succès de leur mandat dépende de l'existence d'un cadre conventionné clair, de ressources propres et surtout de la volonté de coopération des différents fournisseurs de soins des réseaux.

L'engagement des BRIO's dans la promotion d'une meilleure coordination de l'offre sanitaire afin d'optimiser l'orientation des patients et améliorer l'économicité des prestations passe par le renforcement de la place du patient au centre des préoccupations des différents protagonistes du système de santé. Et, de ce fait, la mission du BRIO, bien qu'en partie conditionnée par des critères économiques, doit aussi faire face à des critères éthiques tels que :

- L'autonomie de décision de l'utilisateur dans le choix d'orientation
- L'accès aux prestations pour tous
- L'égalité de traitement
- La transparence du système
- L'accès à l'information

Finalement, les deux principaux **atouts** des BRIO's sont :

1. leur position stratégique en tant que dispositif neutre n'ayant pas d'intérêt financier propre, situé au centre du système socio-sanitaire, favorisant l'équité<sup>6</sup> de traitement des usagers<sup>7</sup> et des partenaires<sup>8</sup>.
2. la fonction de centralisation de l'offre et de la demande d'orientation médico-sociale qui leur confère, en temps réel, une vision globale des besoins de la population et des ressources à disposition.

### **3. Gestion de l'offre et de la demande en matière de long séjour**

Il s'agit de décrire le fonctionnement du BRIO relatif au module de « gestion de l'offre et de la demande en matière de long séjour », d'identifier les enjeux et de proposer un outil de priorisation pour une attribution équitable des lits de longs séjours.

#### **3.1 Fonctionnement du BRIO**

Le BRIO est un dispositif unique en son genre, co-géré par les membres du réseau (EMS, CMS, Hôpitaux, médecins libres-praticiens) conformément à un cahier des charges élaboré en commun, selon un principe de co-responsabilité. Les membres s'engagent à annoncer les lits disponibles et les demandes d'admission au BRIO qui gère ainsi l'attribution des ressources. Toute demande d'admission est précédée d'une évaluation des besoins et ressources de la personne, ceci en concertation avec son entourage et les partenaires concernés. Son fonctionnement dépend donc de la qualité de coopération et de la capacité de coordination des partenaires qui se manifestent par :

- Le respect des engagements
- La légitimité conférée au dispositif par les membres du réseau
- La clarification du processus d'évaluation employé par chaque groupe de service placeur.<sup>9</sup>

<sup>6</sup> Equité : partialité multidirectionnelle

<sup>7</sup> Usagers est défini comme le groupe comprenant l'utilisateur, son entourage, et ou son représentant légal.

<sup>8</sup> Partenaires est défini comme le groupe comprenant le service placeur, le médecin traitant, l'établissement d'accueil et le BRIO.

<sup>9</sup> Service placeur est défini comme le groupe comprenant le CMS, le médecin traitant, le BRIO, l'équipe pluridisciplinaire des services hospitaliers.

- Une définition claire des missions et critères d'admission des établissements médico-sociaux.
- La fiabilité des informations transmises (médicales, sociales et administratives)

Chaque BRIO reçoit en temps réel, des informations documentées sur les demandes et sur les offres existantes. Ces informations sont accessibles aux partenaires et aux usagers tant au niveau régional que cantonal car un quart des admissions en longs séjours sont effectuées hors de la zone de domicile de l'utilisateur. Pour assurer son activité, il se réfère aux outils et documents proposés par l'Etat ou développés par les professionnels des réseaux.<sup>10</sup>

Le dispositif est géré par des professionnels compétents, capables de clarifier et valider les demandes d'orientation de façon globale et systémique et de négocier l'attribution des ressources avec les partenaires selon un principe de co-décision, de neutralité et de transparence.

### **3.2 Identification des enjeux de la priorisation**

Dans un contexte de stabilisation, voire de manque de moyens en matière d'hébergement long séjour notamment, la bonne orientation des personnes est une condition indispensable pour une utilisation rationnelle des ressources. La place centrale du BRIO, au sein du réseau est un atout pouvant favoriser le nécessaire changement de culture de prise en charge de la clientèle. Après quatre années d'expérience, la position privilégiée des BRIO's, à l'interface des institutions, a permis aux professionnels d'identifier les problématiques auxquelles ils sont régulièrement confrontés dans l'accomplissement de leur mandat :

- Respect de la liberté de choix des personnes
- Traitement équitable des demandes
- Fluctuation de l'offre et de la demande
- Ressources restreintes en lits d'hébergement et en alternatives à proposer pour répondre, en temps réel, aux besoins de la population.
- Mécanisme de financement des établissements médico-sociaux et leur autonomie de décision
- Incidences économiques sur les institutions lorsque la demande dépasse l'offre et vice-versa.
- Introduction de règles contraignantes pour les institutions
- Divergence d'intérêts et d'attentes des fournisseurs de soins
- Respect des modalités de collaboration et du principe de co-décision dans l'attribution des ressources
- Diversité des services placeurs et des établissements d'accueil
- Demandes d'orientation et offres de places à profil varié
- Différence de pratiques au niveau des BRIO's
- Manque de visibilité au niveau de la population et des partenaires du processus de gestion de l'offre et demande en matière d'hébergement long séjour.

Face à la complexité de ces enjeux, il s'est agi d'élaborer des critères (support de référence), d'objectiver les compétences des professionnels du BRIO (savoir-faire) afin d'améliorer l'efficacité relative du dispositif (coordination) et de démontrer l'équité visée (légitimité des décisions) dans l'application du processus de traitement des demandes et d'attribution des ressources.

En outre, les BRIO's disposent d'informations sur les flux de l'offre et de la demande qu'ils mettent à disposition des Réseaux et de l'Etat. Ces données peuvent à leur tour être utilisées pour la planification cantonale et l'évaluation de chaque dispositif. Il est donc indispensable de pouvoir identifier clairement les typologies des demandes, leur niveau de priorité<sup>11</sup>, de répertorier les problèmes particuliers présentés par les usagers et les freins rencontrés lors de la mise en corrélation de l'offre et de la demande.

### **3.3 Priorisation : NEPAL, le support de référence**

Il est donc capital de doter le BRIO d'un outil, établissant le niveau de priorité des demandes, tenant compte des souhaits des usagers et des besoins des partenaires pour les mettre en corrélation avec les offres disponibles. En effet, outre le souci d'économie, le dispositif doit offrir une prise en charge

<sup>10</sup> Il s'agit notamment du document médico-social et médical de transmission, le logiciel de suivi des lits : Sulid, un outil d'orientation : OPARS, une application informatique de gestion de la demande : Brioche, un processus d'orientation du client dans le réseau et des principes de collaboration inter – BRIO's avec les procédures s'y référant.

<sup>11</sup> Niveau de priorité correspond au degré d'urgence

harmonisée et équitable aux personnes quel que soit leur région de provenance. C'est dans ce but qu'un support de référence<sup>12</sup> non normatif a été développé par les responsables des BRIO's. Cet outil se veut une aide à la décision et à la communication entre les BRIO's et ses partenaires. Ses principaux buts sont :

- Objectiver la décision prise, restituer l'information aux personnes concernées.
- Prendre du recul face aux besoins et attentes exprimés par les usagers et les partenaires.
- Objectiver les compétences déployées par les professionnels des BRIO's.
- Renforcer la confiance vis-à-vis du dispositif.
- Harmoniser les pratiques au niveau cantonal.

## 4. Liaison intégrée

Parallèlement à la construction de l'outil de « priorisation », le groupe de travail a identifié l'intégration de la fonction de liaison au BRIO comme un axe indispensable au développement du dispositif. Ceci d'autant plus que l'on dispose de deux atouts majeurs pour réaliser cette intégration :

- L'expérience acquise par les réseaux qui ont déjà implanté cette fonction.
- Le cadre cantonal de référence offrant une base idéale pour développer la plate forme de coordination et de coopération.

Le groupe de travail est convaincu que l'intégration de la fonction de liaison au BRIO représente un choix stratégique intéressant pour les institutions du réseau et apporte une contribution à l'amélioration globale de l'orientation des personnes dans les filières de soins. Afin d'étayer cette démonstration, il est nécessaire de clarifier la définition de la fonction de liaison, de dégager les conditions minimales à respecter pour son intégration au BRIO, de relever les avantages escomptés et d'identifier les problématiques potentielles auxquelles le réseau pourrait être confronté.

### 4.1 La fonction de liaison

La fonction de liaison a été créée vers la fin des années 80, suite à la réorganisation des structures de maintien à domicile et la création des centres de traitement et de réadaptation (CTR). Elle s'est développée à partir du milieu hospitalier<sup>13</sup> où elle est assurée par des professionnels<sup>14</sup> employés par les hôpitaux, chargés de proposer et d'organiser un projet individualisé pour la suite de la prise en charge du patient : retour à domicile avec ou sans l'aide du CMS, transfert vers le CTR, admission en long ou court séjour etc.<sup>15</sup>

La fonction de **liaison intégrée** veut inclure et compléter les **activités** existantes en les inscrivant dans une logique de travail en réseau en s'appuyant sur une articulation centrale. Cela se traduit par un renforcement de la mission du BRIO dans les domaines de la réduction des durées de séjour hospitalier ainsi que dans l'utilisation optimale et coordonnée des ressources sanitaires du réseau et dans la promotion des alternatives à l'hébergement.

### 4.2 Conditions d'intégration au BRIO de la fonction de liaison

L'analyse des pratiques actuelles permet d'affirmer que la concrétisation de cette nouvelle division du travail d'orientation doit respecter les conditions organisationnelles minimales suivantes :

- Le réseau est le seul responsable des professionnels qui constituent l'équipe BRIO.
- Le processus de fonctionnement global du BRIO intègre clairement la liaison (organisation, fonctionnement, circuit de la demande).
- Le dispositif est visible dans les institutions où s'exerce la fonction de liaison.
- L'existence d'un système de transmission d'informations fiable permettant de suivre les usagers et de tenir des statistiques.
- La construction d'un mode de financement approprié et sécurisé.

<sup>12</sup> Annexe 4 : L'outil NEPAL ( Négociation Equitable Pour une Attribution des Lits) a été développé par le groupe de travail et ses principales fonctionnalités y sont décrites.

<sup>13</sup> Lit A de soins aigus et lit B de CTR

<sup>14</sup> Infirmiers et assistants sociaux

<sup>15</sup> Ces professionnels s'engagent à trouver l'orientation la plus appropriée pour le patient dans l'optique d'éviter la prolongation de leur séjour hospitalier. Cette fonction repose sur l'évaluation des besoins et ressources du patient en tenant compte de son niveau de dépendance physique, psychique, social et environnemental ainsi que sur un accompagnement dans les diverses démarches en lien avec le projet d'orientation retenu. Dans ce cadre, les activités relatives à l'orientation des patients s'effectuent de façon informelle et ponctuelle entre deux fournisseurs de soins et se limitent généralement à une démarche succincte.

### **4.3 Avantages escomptés**

Bien orienter, c'est s'assurer que la bonne personne est à la bonne place au bon moment malgré la multiplicité des acteurs<sup>16</sup> et la croissante complexité du système de soins. Un projet d'orientation doit être composé de séquences cohérentes qui impliquent de l'échange d'information, des règles élaborées et partagées entre les acteurs, une confiance réciproque autour de l'évaluation et un suivi de la trajectoire des usagers.

Les faits plaidant en faveur de l'intégration de la fonction aux BRIO's sont de deux ordres principaux :

- un très net renforcement de la coopération entre les partenaires avec une amélioration visible de la prise en charge transverse des usagers dans les réseaux qui ont adopté ce mode opérationnel
- une utilisation optimisée des compétences des équipes des BRIO's qui possèdent une vision des principales carences du réseau de soins.

Par l'élargissement de sa mission le BRIO complètera et dynamisera notamment les activités centrales suivantes :

- le projet d'orientation et de prise en charge (4.3.1)
- la coordination et la coopération (4.3.2)
- l'information et la communication (4.3.3)
- la promotion et l'innovation (4.3.4)

#### **4.3.1 Le projet d'orientation et de prise en charge**

Le projet d'orientation élaboré par le personnel du BRIO garantit la transversalité, la neutralité et l'efficacité des prestations fournies grâce au fonctionnement interdisciplinaire et inter-institutionnel qui positionne l'utilisateur au centre du système. La mise en commun au sein de l'équipe BRIO des pratiques professionnelles et des expériences est un facteur d'amélioration continue des compétences pour l'ensemble des partenaires.

La présence de collaborateurs du dispositif sur les différents sites<sup>17</sup> permet de suivre et d'accompagner les usagers concernés<sup>18</sup> en amont de l'hébergement et de vérifier avec les partenaires que toutes les alternatives ont été explorées. Ce sont donc ces mêmes professionnels qui procèdent sur les sites hospitaliers à l'évaluation initiale des demandes en matière d'hébergement long séjour ce qui simplifie et harmonise le processus de gestion et d'attribution des lits.

Par cette organisation les partenaires deviennent des utilisateurs / payeurs<sup>19</sup> du dispositif ce qui favorise l'impartialité. Les acteurs concernés par les projets individuels d'orientation de leur client<sup>20</sup> expriment de façon explicite leurs attentes et besoins. Les collaborateurs du BRIO doivent les écouter et relayer leurs points de vue face aux équipes hospitalières. Ils s'engagent en cas de divergence, à activer les moyens nécessaires à l'élaboration d'un projet de sortie consensuel, en tenant compte de la réalité et des contraintes de tous les protagonistes.

#### **4.3.2 La coordination / coopération**

Par l'intégration de la fonction de liaison au BRIO, les partenaires effectuent un pas supplémentaire vers une culture de la coopération en réseau. La coordination entre disciplines et institutions différentes engage les producteurs de soins dans un nouveau processus où l'orientation des usagers s'effectue sur la base d'un partage décisionnel et où le dispositif est conduit par un pilotage inter-institutionnel.

L'activité de coordination assurée par le BRIO est explicitée par des règles et des procédures écrites, établies en concertation avec les partenaires concernés. Cela permet tant de doter le réseau d'un processus d'orientation médico-sociale de base que de mettre en place des mécanismes régulateurs pilotés et reconnus par l'ensemble des acteurs du système sanitaire régional. De ce fait, la fonction de liaison intégrée améliore la fluidité des transferts des patients entre les institutions de soins.

---

<sup>16</sup> Les principaux acteurs du processus d'orientation sont : l'utilisateur, le médecin traitant, les professionnels du domicile et l'équipe pluridisciplinaire des services hospitaliers

<sup>17</sup> Hôpital de soins aigus, centre de traitement et de réadaptation, EMS, CMS, etc.

<sup>18</sup> Les activités du BRIO dans la fonction de gestion des lits longs séjours s'adressent essentiellement à une population vieillissante au sein de laquelle les maladies chroniques et dégénératives occupent une place prépondérante et à fort risque d'hospitalisation.

<sup>19</sup> Lors d'une intervention du BRIO au minimum deux institutions sont concernées par le projet d'orientation du client.

<sup>20</sup> Client : patient, résident, usager etc.

### **4.3.3 L'information / communication<sup>21</sup>**

L'information revêt une importance primordiale dans le domaine de l'orientation médico-sociale des usagers dans le réseau de soins. En effet, elle constitue la prestation principale des collaborateurs et la matière première du BRIO. L'information suit l'utilisateur et circule entre différents professionnels, elle est à chaque fois, étoffée, transformée, enregistrée dans une application informatique, transcrite sur un document de transmission. L'information peut être vue comme :

- Une plate-forme de communication permettant la mise à disposition aux partenaires des documents de référence, relatifs à l'organisation du dispositif.
- La statistique qui analyse les indicateurs indispensables à la prise de décision pour le pilotage du BRIO et l'évaluation de la collaboration.
- La constitution d'une base de données documentant les demandes des usagers, selon leur profil, leur problème particulier, leur situation sociale qui permet d'anticiper les besoins et de planifier.
- L'information générale mise à disposition des professionnels du réseau et des usagers sous forme de conseils à l'orientation ou d'expertise dans les situations complexes.

La centralisation des informations facilite la vision globale des besoins et ressources du réseau, assure une meilleure visibilité et transparence des procédures, améliore l'utilisation optimale des capacités sanitaires du réseau et objective le manque de ressources disponibles en temps réel.

Par leur participation active aux instances de pilotage du dispositif les partenaires acquièrent une connaissance élargie du système sanitaire régional portant sur la mission, le potentiel de prise en charge en temps réel, les champs et les limites d'intervention de chaque institution.

Les collaborateurs BRIO en assurant la circulation de l'information deviennent à leur tour les interprètes-médiateurs de l'ensemble.

### **4.3.4 La promotion / innovation**

L'accumulation d'expériences de coopération chez les professionnels du réseau favorise l'émergence de nouvelles dynamiques dans le suivi de trajectoire des usagers reposant sur les compétences et la mise en complémentarité des producteurs de soins.

Le BRIO constitue ainsi une plate forme évolutive de l'orientation médico-sociale : les contacts personnels répétés entre les acteurs du réseau au travers d'actions communes, permet d'identifier et de traiter les problématiques d'orientation, par le développement de projets novateurs qui, en transcendant les intérêts institutionnels, se recentrent tant sur les besoins des usagers que sur l'utilisation optimale des ressources.

Cela se traduit par la création de nouveaux outils et la conduite de projets d'orientation notamment dans les domaines de gestion des urgences médico-sociales et d'utilisation des structures intermédiaires.

## **4.4 Obstacles identifiés**

Toutefois, la concrétisation d'une modification profonde de la structure organisationnelle complexe du système de soins, implique le développement de conditions contextuelles, techniques, sociales, culturelles et financières.

Dès lors, il s'est agi d'identifier les obstacles le plus fréquemment rencontrés à l'intégration de la fonction de liaison au BRIO et il ressort qu'ils se situent à différents niveaux du système :

#### Politique et stratégique

- Le manque de vision stratégique quant au devenir de la structure du réseau et au développement du BRIO
- La difficulté à faire coïncider les intérêts institutionnels avec les intérêts généraux qui permettrait de tendre vers une culture commune dans le domaine de l'orientation médico-sociale, comme la notion de « client du réseau »

#### Financement

- La précarité des modalités de financement du dispositif BRIO par l'Etat et ses partenaires.
- Le manque de données fiables relatives à l'activité des institutions permettant d'identifier les dotations idoines au fonctionnement du BRIO.

---

<sup>21</sup> Communication dans le sens d'échange : toute relation dynamique qui intervient dans un fonctionnement



## Organisation et fonctionnement

- L'absence de cadre de référence cantonal relatif à la fonction de liaison intégrée (mission, principes d'organisation et de fonctionnement).
- Le manque d'une définition validée concernant le champ d'action de l'orientation médico-sociale en termes de clientèle cible, de typologie d'orientation et de panier de prestations<sup>22</sup>.
- La pauvreté des moyens d'évaluation quantitative et qualitative<sup>23</sup> documentant l'activité des BRIO's.

## **5. Recommandations et perspectives**

Il découle de ces constats que la pérennité du dispositif cantonal BRIO dépend du choix stratégique de l'Etat et des membres des réseaux et doit se concrétiser dans une organisation ayant une mission et des objectifs clairement définis et portés par l'ensemble.

A partir de cette étude, les membres du groupe de travail « orientation » émettent des recommandations portant à leur tour sur différents domaines :

### Politique et stratégie

- Définir le programme de développement des BRIO's à court et moyen terme dans le cadre d'un plan de montée en charge proposé par l'Etat<sup>24</sup>.
- Intégrer « l'expertise-métier » de l'orientation au pilotage cantonal des BRIO's.
- Expliciter les bénéfices retirés par l'ensemble des acteurs<sup>25</sup> grâce à la collaboration : échanges de connaissances, diminution des risques et meilleure efficacité dans les prises en charge, par exemple.
- Mettre en évidence l'efficacité du dispositif d'orientation en matière de réduction des coûts<sup>26</sup>.

### Financement

- Consolider les modalités de financement du dispositif par l'Etat et les partenaires.
- Définir les dotations nécessaires à l'orientation médico-sociale pour les deux fonctions susmentionnées : gestion des séjours d'hébergement et liaison intégrée, en s'appuyant sur des données fiables.<sup>27</sup>
- Valoriser économiquement les activités de coordination réalisées par les collaborateurs des BRIO's dans le domaine de l'orientation médico-sociale

### Organisation et fonctionnement

- Réactualiser le cadre cantonal de référence pour l'orientation des patients en y intégrant la fonction de liaison : mission, principes de fonctionnement et d'organisation.
- Définir le champ de l'orientation médico-sociale : clientèle cible, typologie d'orientation et panier de prestations selon annexe 5.
- Construire les cahiers des charges des collaborateurs BRIO en décrivant les activités et tâches des collaborateurs<sup>28</sup> en s'appuyant sur les propositions du groupe de travail documentées dans l'annexe 6.

### Système d'information

- Développer le système d'information en le dotant de fonctionnalités permettant de documenter l'activité de liaison.
- Maintenir une plate forme de communication entre les utilisateurs et les concepteurs du système d'information.

<sup>22</sup> Annexe 5 décrit les intersections du champ d'action de l'orientation médico-sociale développé par les responsables BRIO.

<sup>23</sup> Le Réseau de soins du Nord Vaudois (RENOVA), par exemple, a par deux fois soumis son dispositif BRIO à une enquête de satisfaction qualitative auprès des partenaires et des clients.

<sup>24</sup> Le premier plan de montée en charge des BRIO's définissant les organisations / fonctions obligatoires et optionnelles a été abandonné par l'Etat fin 2003.

<sup>25</sup> « Les acteurs » correspondent au groupe comprenant les partenaires suivants : l'utilisateur, les services placeurs, les établissements d'accueil, l'Etat et les assureurs

<sup>26</sup> Hypothèse démontrée par l'économiste du CHUV, dans le cadre des cours données par l'EMS, selon laquelle l'activité des collaborateurs BRIO sur les sites hospitaliers permet déjà de diminuer les journées d'hospitalisation inappropriées et présente un retour sur investissement.

<sup>27</sup> Il s'agit notamment des données : du SCRIS (population de plus de 80ans), du BRIO (indicateurs requis par l'ETAT suite à l'étude de l'IUMSP et le nombre des demandes selon leur provenance et leur issue), du nombre de lits A, B, C, des sites hospitaliers (taux d'occupation, durée moyenne de séjour, taux de rotation : sortie/lits)

<sup>28</sup> L'annexe 6 décrit les activités et tâches des collaborateurs BRIO

- Mettre en ligne les protocoles et procédures de fonctionnement des BRIO's à l'usage des partenaires.
- Valider et intégrer les outils développés au système d'information, notamment l'outil « NEPAL » qui est un support de référence de la priorisation des demandes.
- Etablir des modalités d'actualisation des supports de référence utilisés par le BRIO, selon liste<sup>29</sup>.

#### Développement

- Elaborer au niveau cantonal un programme de formation continue pour les collaborateurs BRIO.
- Elargir le dispositif BRIO à une fonction de gestion des courts séjours et de traitement des urgences médico-sociales.
- Informer la population de la mission du BRIO : objectifs, fonctions, organisation, procédures.

#### En guise de conclusion

Les éléments développés dans ce rapport démontrent qu'au-delà des obstacles rencontrés, le dispositif BRIO est un pivot central du réseau de soins. Car, fondée sur la coopération et l'articulation des acteurs, l'orientation des patients est l'expression même de l'indispensable coordination entre les partenaires d'un système de soins et de ce fait représente un atout majeur pour l'ensemble du secteur socio-sanitaire.

Par son analyse, le groupe de travail « orientation » a positionné le BRIO dans une perspective stratégique de développement du dispositif.

Le schéma annexé<sup>30</sup> décrit les quatre modules qui composent l'orientation médico-sociale avec, pour chacun d'entre eux, une description du niveau de déploiement des structures modulaires, des conditions cadres et des activités principales des professionnels :

Module 4 : BRIO en charge du suivi des trajectoires des usagers (case management)
Module 3 : BRIO avec liaison intégrée (Gate Keeping)
Module 2 : BRIO avec gestion des disponibilités des lits de longs séjours
Module 1 : Organisation des sorties hospitalières des patients

Le BRIO avec fonction liaison intégrée, conçu comme une porte d'entrée du système de soins, est responsable de s'assurer de la concrétisation des projets d'orientation pluridisciplinaires et pluri-institutionnels dans la prise en charge transversale des clients/patients<sup>31</sup>.

A été appelé « trajectoire des usagers » le quatrième et dernier module qui par les activités qui y sont développées, s'apparente au *case management*<sup>32</sup> prôné par certains analystes des systèmes de santé et par certains assureurs.

Par leur action, les BRIOs dynamisent le processus de collaboration qui **identifie, planifie, réalise, coordonne, encadre** et **évalue** les options et les services nécessaires pour répondre aux besoins d'un individu, en utilisant la communication et les ressources disponibles de manière à rentabiliser le ratio coût-efficacité, tout en obtenant des résultats de qualité. En d'autres termes, le *case management* concerne **l'optimisation des orientations et des trajectoires des patients**. Ce quatrième module est au cœur de la mission des BRIO's telle que les membres du groupe de travail la conçoivent et recommandent son évolution et son déploiement.

Finalement, nonobstant les difficultés largement décrites dans ce rapport, il est certain que la pérennisation du dispositif BRIO qui a déjà fait ses preuves, dépend surtout d'un engagement fort des responsables politiques et institutionnels.

Gageons qu'avec un signal clair des dirigeants, les professionnels des institutions sauront allier leurs compétences spécifiques en concevant des filières de soins aptes à répondre aux besoins des personnes malades et dépendantes tout en améliorant l'efficacité globale du système.

<sup>29</sup> Il s'agit notamment du document médico-social et médical de transmission, le logiciel de suivi des lits : Sulid, un outil d'orientation : OPARS, une application informatique de gestion de la demande : Brioché, un processus d'orientation du client dans le réseau et des principes de collaboration inter – BRIO's avec les procédures s'y référant.

<sup>30</sup> Annexe 2 : schéma du niveau de développement des structures modulaires du BRIO

<sup>31</sup> Gate Keeping ou porte d'entrée dont les principales caractéristiques sont décrites au chapitre 4.3 de ce rapport.

<sup>32</sup> Case management ou suivi de la trajectoire des usagers

## **6. Liste des annexes**

1. Liste des membres du groupe orientation BRIO II
2. Schéma du niveau de développement des structures modulaires du BRIO
3. Document tiré du « Cadre cantonal de référence pour l'orientation des patients
4. Népal : support de référence
5. Champ d'action de l'orientation médico-sociale
6. Les activités et les tâches des collaborateurs BRIO