

Le BE OSRIC a engagé en janvier 2015 une phase d'initialisation pour répondre à la question de la gériatrie régionale dans le nord vaudois. Le présent document établit les éléments recueillis durant cette année 2015, pour information et recommandations à l'intention de qui de droit. La démarche est conduite sous l'autorité métier du « GT Gériatrie régionale NV », constitué en janvier 2015. Il est animé par Sylvie Thierry Perez ; le référent OSRIC est Yvon Jeanbourquin.

SOMMAIRE

1. Contexte et objectifs de la démarche	page 2
2. Résultats attendus et organisation du travail pour les atteindre	page 3
2.1. les résultats attendus	
2.2. l'organisation du travail	
3. De quoi parle-t-on ?	page 5
4. Les institutions concernées	page 6
5. Les enjeux du système de gériatrie régionale NV	page 7
6. Les propositions du GT gériatrie régionale NV	page 8
6.1. Le cadre	
6.2. Trajectoire et public cible	
6.3. Les acteurs et leur fonctionnement	
6.4. L'organisation du système régional de gériatrie NV	
7. Les travaux engagés sur la trajectoire et les acteurs impliqués	page 13
7.1. Les dossiers	
7.2. Les projets	
7.3. le système de pilotage des activités	
8. Les projets cantonaux en lien avec la gériatrie régionale Nord vaudois	page 18
9. Les ressources nécessaires	page 20
10. Calendrier de déploiement du système gériatrique	page 22
11. Conclusion	page 23
Glossaire	page 24

Sont consignés dans des documents annexes :

Le tableau de bord des activités 2016-2017.

Le tableau des ressources nécessaires.

Le plan de projet « Concept Soins aigus aux seniors dans la région NV », première version.

L'état des lieux de la gériatrie dans le nord vaudois en septembre 2015, par institution.

Les 5 axes du programme Vieillesse et Santé.

1. Contexte et objectifs de la démarche

Nous nous situons dans le contexte régional et cantonal suivant :

- La politique cantonale est engagée dans cette question de prise en charge gériatrique.
- La prise en charge gériatrique est peu promue, et la sensibilisation est peu répandue.
- La population âgée a des besoins multiples et interdépendants.
- Il n'existe pas de dispositif régional global et coordonné de prise en charge pour la gériatrie.
- Les prises en charge sont différentes selon les intervenants.
- L'occupation par des personnes âgées, de certains lits de soins aigus et de réadaptation, est très souvent inadaptée, de même que leur prise en charge.
- Les patients âgés rencontrent des difficultés ou des complications dans leur prise en charge, après une hospitalisation en soins aigus.
- Il faut mieux promouvoir et s'assurer de la pertinence du passage en CAT et dans les autres prestations ambulatoires
- Les acteurs prestataires sont cloisonnés et non coordonnés.
- Il n'y a pas de bonne pratique médicale, soignante et parfois accompagnante dans les EMS, et en tout cas pas de fil rouge. Il est nécessaire de mieux distinguer les prestations de psychiatrie de l'âge avancé et de gériatrie (PAA et GER).
- Les gériatres qui arrivent dans la région sont demandeurs d'un cadre.
- Les gériatres s'entendent bien entre eux et cherchent à développer de bonnes relations avec leurs collègues dans d'autres spécialités.
- Les médecins traitants doivent être intégrés dans les évolutions en cours et dans les discussions pour l'avenir.

Les acteurs de santé de la région nord vaudois souhaitent revisiter et améliorer la prise en charge gériatrique, dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge pour les personnes (patients, résidents et proches aidants), dans le cadre des moyens alloués. Cette démarche s'inscrit dans le programme cantonal « vieillissement et santé », qui vise à :

- Proposer une réponse appropriée et harmonisée à la personne âgée ou son entourage, quel que soit le lieu où la demande est adressée.
- Améliorer l'accès et la visibilité de l'offre en soins et services d'une région.
- Aider les professionnels à repérer les personnes à risque de perte d'autonomie et/ou en situation complexe et renforce ainsi la proactivité du système.
- Identifier et remédier à l'insuffisance de l'offre en soins et services de la région.

2. Les résultats attendus et l'organisation du travail pour les atteindre

2.1. Les résultats attendus

2.1.1. Vision globale et stratégie :

- Compléter et confirmer la stratégie régionale du point de vue de la gériatrie.
- Répondre aux évolutions du système cantonal et saisir les opportunités.
- Fédérer l'ensemble.
- Partager une vision globale sur la prise en charge régionale en gériatrie, avec une politique commune dans la région du nord vaudois.
- Définir les participants au programme régional de gériatrie, et le périmètre géographique et populationnel concerné.
- Définir une philosophie et un langage communs.
- Cultiver une manière de penser commune, par des rencontres régulières et le partage d'une vision globale...
- Établir une cartographie régionale du résultat attendu, et des étapes intermédiaires à coordonner ensemble (déploiement de la stratégie régionale). Assumer ensemble l'accompagnement des changements et des impacts spécifiques à chacun.
- Mettre en évidence les interactions et les coordinations avec les programmes cantonaux (vieillesse et santé, santé mentale, intégration des soins, soins palliatifs, etc.).

2.1.2. Besoins et prestations

- Clarifier les besoins de la population concernée pour les prestations de gériatrie.
- Mettre en place un catalogue de prestations gériatriques.
- Identifier ce qui existe et les évolutions qui ont une valeur ajoutée pour la population.
- Individualiser la prise en charge des patients en respectant le principe d'efficacité.
- Établir le partage d'informations nécessaire entre les professionnels de soins et du social.

2.1.3. Acteurs et autres ressources

- Préciser les missions et les compétences dévolues à chaque institution dans le système gériatrique régional.
- Définir les rôles à jouer, pour chacun, en lien avec les intérêts professionnels et institutionnels.
- Préciser les adaptations ou innovations nécessaires en terme de compétences et d'infrastructures.
- Chiffrer les coûts des développements / investissements.
- Estimer la variation des coûts d'exploitation induite.

2.1.4. Fonctionnements

- Définir et expérimenter une gouvernance régionale du système.
- Clarifier les modalités d'une gestion des ressources en commun, et les sources de financement.
- Définir et mettre en œuvre les axes métiers, notamment cliniques.
- Établir les interfaces fonctionnelles et les enjeux d'efficacité.
- Clarifier le niveau de coordination des actions au juste nécessaire, et mettre en œuvre un fonctionnement régional coordonné.
- Pérenniser le nouveau système gériatrique régional, avec une capacité pour l'amélioration continue de la gouvernance et des processus de collaboration.

2.2. Organisation du travail pour la gériatrie régionale en 2015

La phase d'initialisation a débuté en janvier 2015 (concertations, propositions, faisabilité) et se termine en décembre 2015. Elle a été conduite par Sylvie Thierry Perez.

Nous avons travaillé :

- sur les contenus (état des lieux, définitions, références, quel rôle pour chacun, vision, ce qu'il y a à faire pour aboutir aux objectifs définis),
- sur l'organisation pour mettre en place le système régional de gériatrie en coordination avec les programmes de santé publique cantonaux.

Un premier groupe a été formé avec les 4 gériatres de la région (Drs Saiah, Daher, Jabri, Vaucher). Il est nommé « GT gériatrie régionale NV », ou « GT GerRegNV ». Il s'est réuni mensuellement depuis janvier 2015, pour mener des réflexions sur les prestations gériatriques, les définitions, la vision et l'état des lieux.

Ces premières réflexions engagées, le groupe a été élargi :

- en avril et mai 2015 avec Franck Perez (administration des structures ambulatoires AVS – alzheimer, vieillissement et santé), Dresse Christine Carnal (généraliste, AMENOV, médecin référent des CMS régionaux), Claire Neuville-Kopp (Brio NB), Dr Azam (SPN, psychogériatre),
- en août 2015 avec Claire Perrenoud (chargée de mission, fondation Saphir) et Christiane Kordo (directrice des soins des eHnv),
- en novembre 2015 avec Laurent Bourgeois (responsable des prestations à l'APSMAD).

Notre rapport présente les résultats obtenus durant cette phase d'initialisation :

- De quoi parle-t-on ? Public cible et enjeux de santé publique.
- Représentation de la trajectoire de la personne âgée et du système d'acteurs en interaction.
- État des lieux de la gériatrie dans le nord vaudois.
- Identification des projets pour la mise en œuvre de la gériatrie régionale dans le nord vaudois, et clarification des interactions avec les projets cantonaux et projets dans les autres régions.
- Proposition d'une organisation des responsabilités pour mener à bien les différents thèmes de développement (décisions, concertations et actions).
- Proposition d'une organisation pour gouverner et administrer le système de gériatrie régionale NV à terme (date de mise en route à préciser pour tester le modèle).
- Ressources et conditions de réussite.

D'autres représentants des EMS du Nord vaudois sont invités à rejoindre les différents groupes de travail du programme en 2016.

Nos propositions ont été adoptées par le comité stratégique OSRIC dans sa séance du 3 décembre 2015. Le comité stratégique précise que le programme se concentrera dans un premier temps sur le Nord vaudois, avant de s'ouvrir vers la Broye.

Les conditions de réalisation sont encore en discussion, notamment pour l'obtention du budget nécessaire pour engager les coordinateurs et chefs de projet pour la réalisation du programme de gériatrie régionale dans le nord vaudois en 2016-2017.

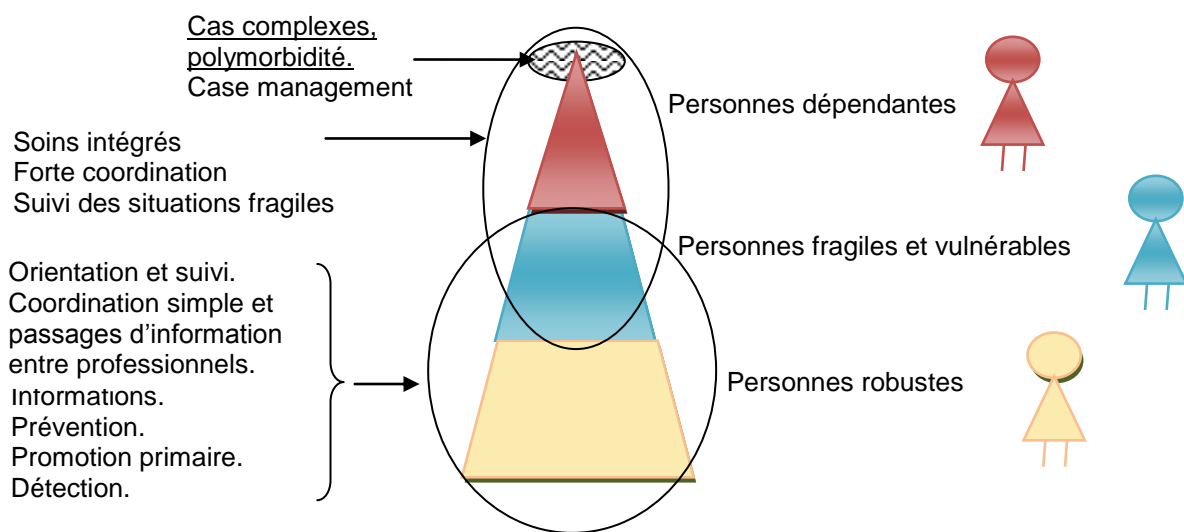
En conséquence, la faisabilité du programme sera confirmée début 2016.

3. De quoi parle-t-on ?

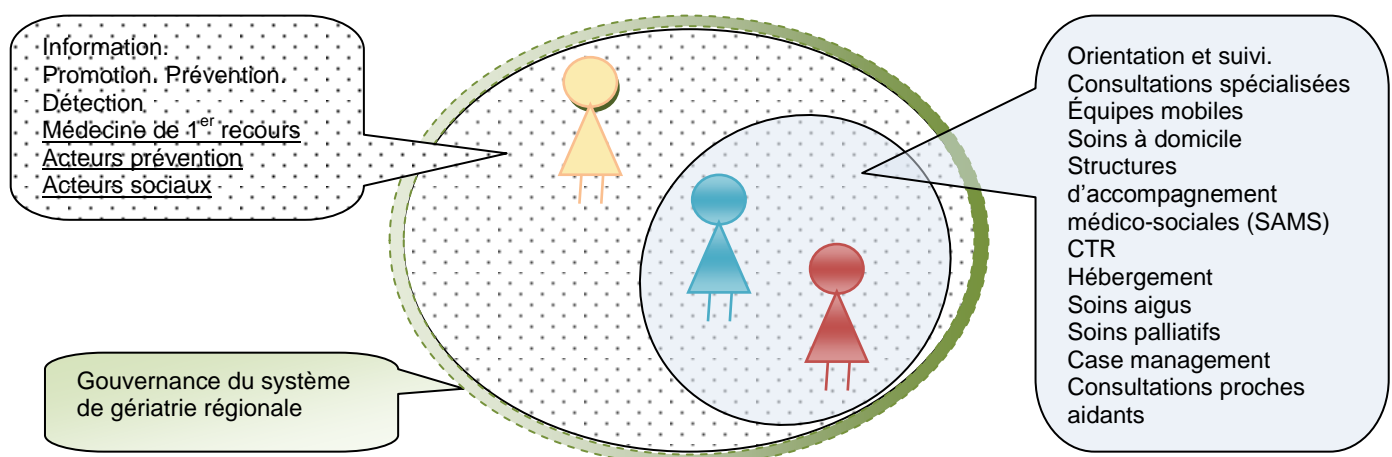
La personne âgée est définie dans le rapport « Vieillesse et santé » comme une personne de 65 ans et plus. Il y est toutefois fait mention du « processus de vieillissement », et nos discussions avec les gériatres ont amené une nuance dans la définition, parlant plutôt de personne vieillissante atteinte dans sa santé. Ainsi, certaines personnes présentent des troubles de santé avant 65 ans, qui s'apparentent à des troubles majoritairement liés aux personnes âgées de plus de 65 ans.

En conséquence, les prestations de gériatrie devraient être accessibles à toute personne qui en a le besoin dans son « processus de vieillissement », quel que soit son âge.

Les patients vieillissants ont été spécifiés en 3 catégories dans le rapport « vieillissement et santé ». Pour chacune d'entre elles correspondent des modalités de prise en charge différente, et des acteurs / institutions différents :

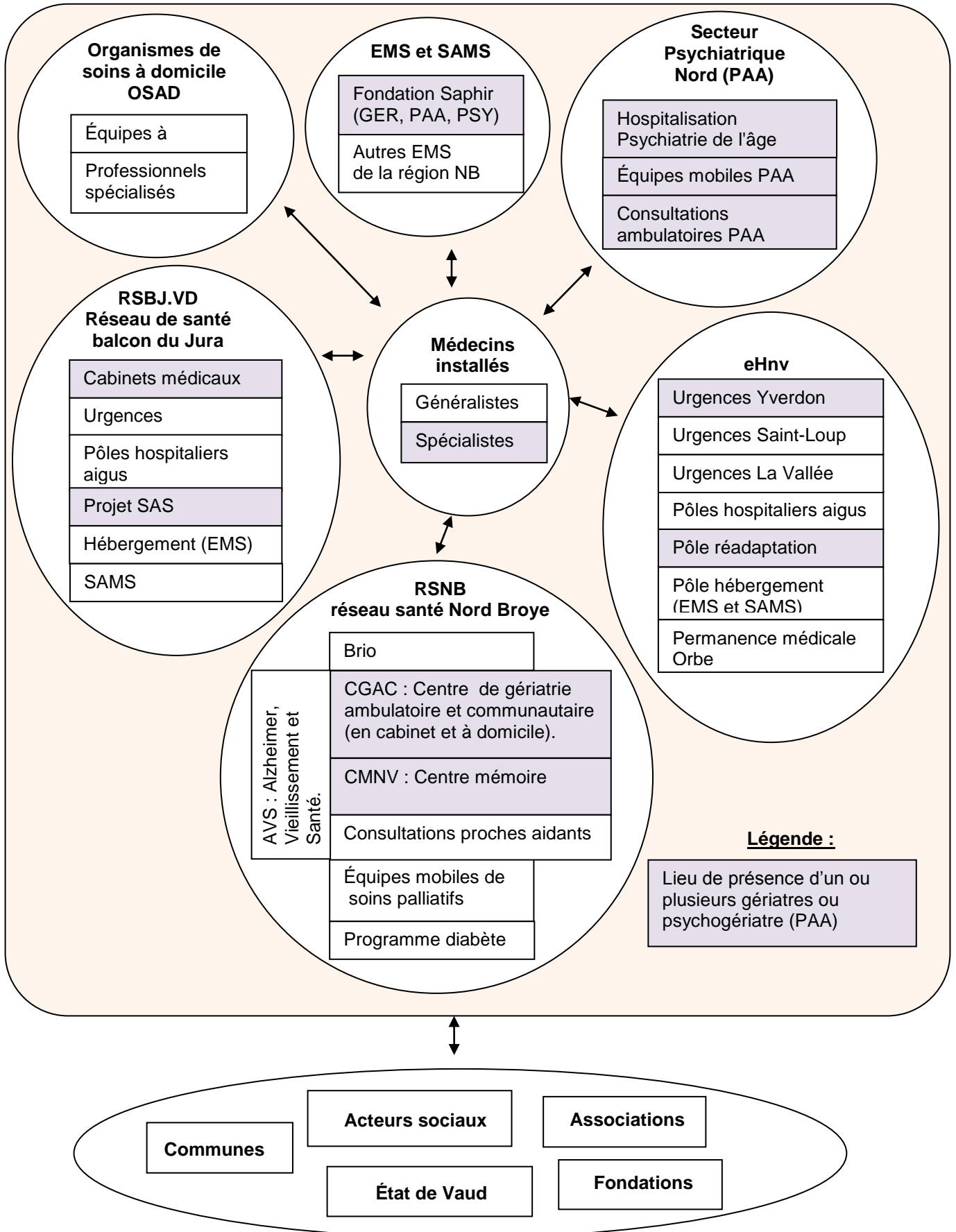


Le système des acteurs régionaux est multiple (en structures et en prestations proposées). Il doit s'adapter à la prise en charge des personnes vieillissantes :



Les prestations spécifiques à la gériatrie sont définies par la branche professionnelle, constituée en association début 2015 (AVG). Ces prestations sont effectuées en support et à la demande des autres professionnels de la santé et du social. Elles peuvent être dispensées plus spécialement en consultation au cabinet de la gériatrie, à l'hôpital dans des services spécialisés ou en ambulatoire (soins aigus ou réadaptation), ou encore au domicile du patient. La prestation gériatrique régionale ne peut se penser sans tenir compte de l'ensemble des acteurs du système de soins et du social, au niveau régional et cantonal.

4. Les institutions concernées



5. Les enjeux du système de gériatrie régionale NV

Dans les paragraphes précédents, nous avons mis en évidence :

- les différents segments de patientèle,
- les différentes prestations,
- les différents métiers et spécialités,
- les différentes structures,
- les différents intérêts,
- les différents niveaux de gouvernance,
- les différentes visions et actions, non coordonnées.

Si chacun est persuadé de l'intérêt de focaliser son attention sur la question gériatrique, les réponses imaginées sont très différentes selon qui répond à la question.

Il nous semble indispensable de :

- partager régulièrement une vision commune des problèmes et des réponses à y apporter, avec les cadres, les cadres intermédiaires et les acteurs opérationnels prépondérants,
- informer régulièrement les professionnels par des données concrètes, des études, des expériences menées, etc.,
- identifier les acteurs clés et les actions à coordonner plus précisément,
- clarifier les responsabilités métier, et leurs interactions,
- adapter les compétences dans les différentes structures, au plus juste niveau en terme d'efficience,
- clarifier les modalités et les moyens,
- pour le fonctionnement du dispositif opérationnel, bien décrire les différentes étapes du processus (quoi, qui, comment, quand) pour : l'information, la détection, l'alerte, la communication, les prestations, les projets spécifiques, la gestion des moyens, les décisions, les responsabilités, etc.,
- proposer les modalités du contrôle et de l'amélioration continue du système,
- amener une compréhension globale au niveau des directions pour amener des décisions prises et assumées en commun,
- préciser et expliquer régulièrement les fonctionnements entre la spécialité gériatrique et les autres professionnels,
- asseoir une gouvernance régionale qui permette à la gériatrie régionale de bien fonctionner,
- garantir une vision globale régulière des activités et des projets.

La suite du document traite des propositions que le GT gériatrie régionale a établies, en l'état actuel de ses connaissances.

6. Propositions du GT gériatrie régionale NV

6.1. Le cadre

Le système de « gériatrie régionale NV » s'inscrit dans le développement de l'intégration des soins voulu par le service de la santé publique. Il paraît essentiel de faire les liens avec les projets et programmes déjà engagés, et de doter la région d'un organe de coordination des actions.

Dans un document-cadre traitant des soins intégrés dans le canton de Vaud, émis par le SSP, nous relevons une proposition d'adaptation de l'intégration des soins au contexte vaudois :

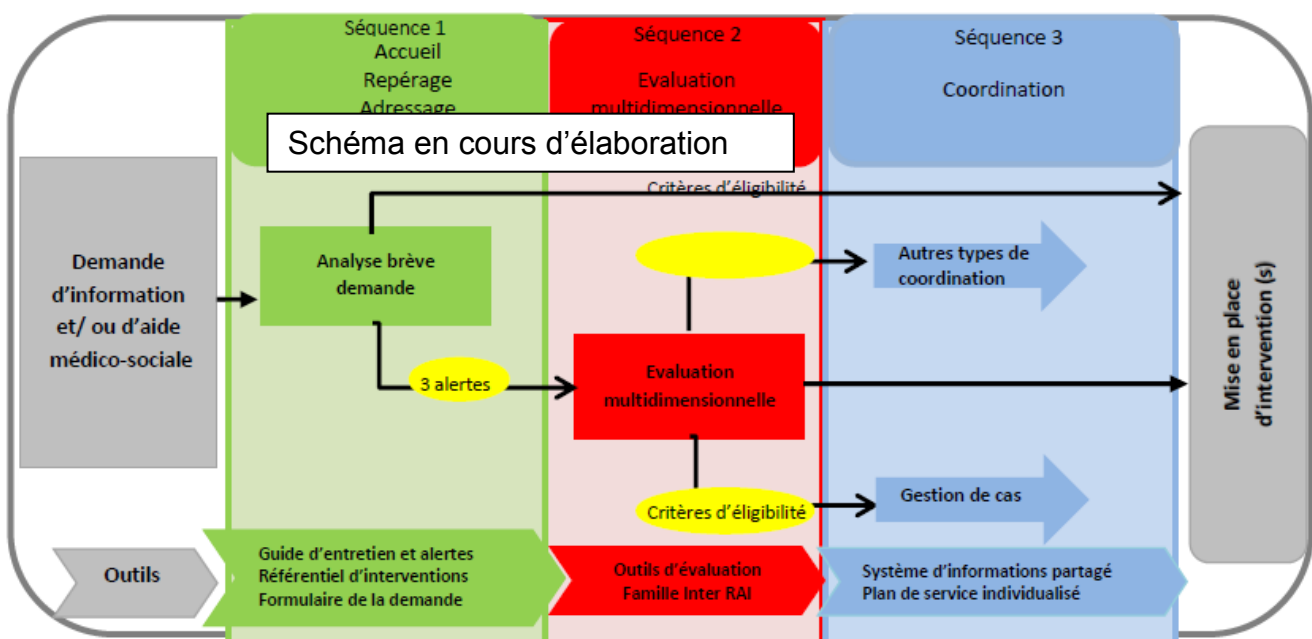
L'expérimentation PRISMA en France a démontré qu'il était possible de faire évoluer l'organisation des soins et services d'un territoire vers une plus grande intégration des prestations autour de la personne âgée. Ce dispositif n'est pas une structure nouvelle dans le système, mais incite les institutions à se réorganiser et à se coordonner pour gagner en efficacité.

Dans le canton de Vaud, la mission des réseaux de soins, l'évolution du BRIO, le choix du RAI comme outil d'évaluation dans les soins à domicile et la volonté d'unifier les systèmes d'information, sont autant d'éléments qui permettent d'envisager la mise en œuvre d'un tel dispositif dans chacun des réseaux.

La concertation est la condition de base pour la mise en œuvre de l'intégration des soins selon la méthode PRISMA. Elle suppose la **coresponsabilité des partenaires autour d'un objectif commun** afin de faire évoluer le système. La concertation débouche sur des prises de décision qui favorise les changements de pratique. Elle s'organise sur 3 niveaux :

- La **concertation stratégique** s'organise sur le plan cantonal : c'est le comité de pilotage V&S.
- La **concertation opérationnelle** s'organise sur le plan régional : ce sont les comités des réseaux.
- La **concertation clinique** s'organise sur le plan régional autour de l'équipe de projet accompagnant la mise en œuvre du guichet intégré et de la gestion de cas.

Schéma des 3 séquences du processus de suivi de la trajectoire médico-sociale

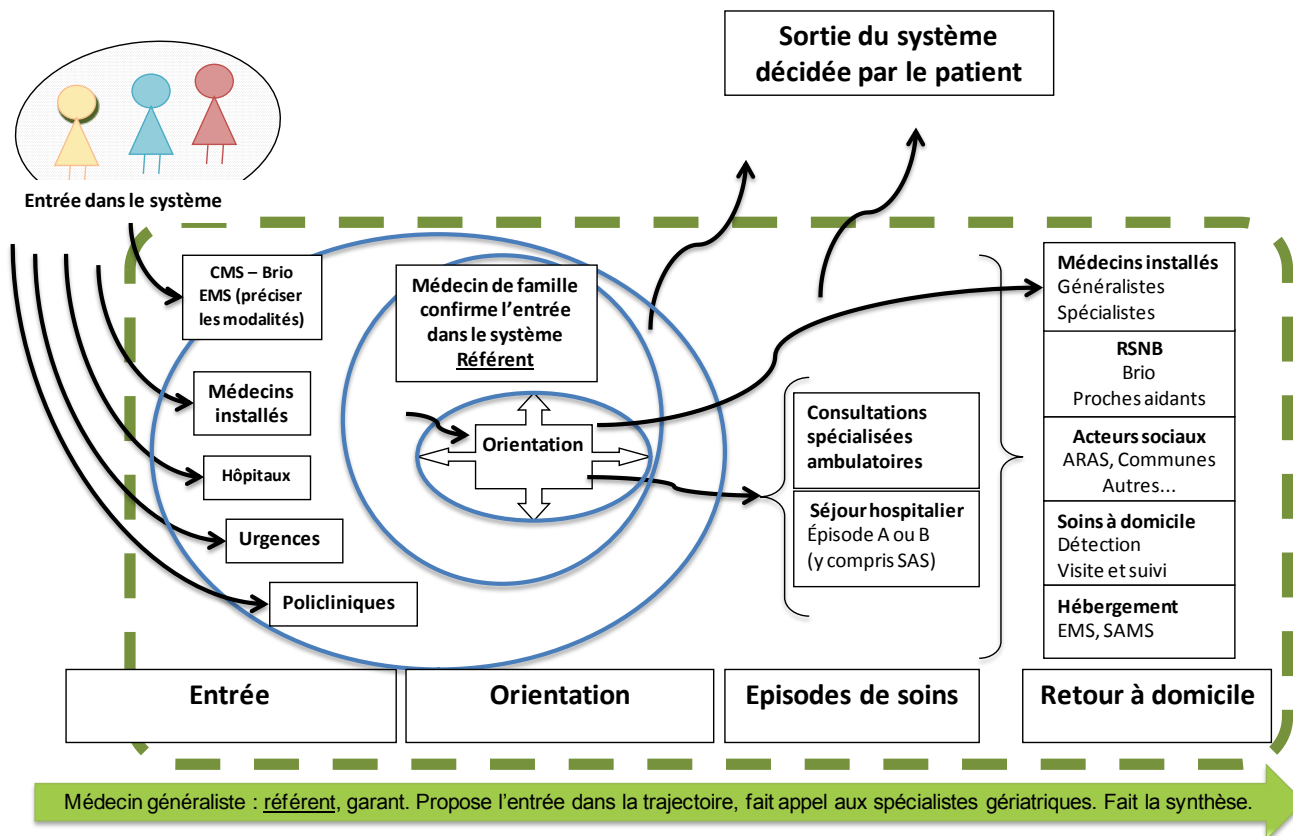


6.2. Trajectoire et public cible

Les activités du système de gériatrie régionale NV ciblent une trajectoire qui prend en compte les problématiques de la personne âgée pour l'ensemble de ses besoins, y compris sociaux. Les questions de santé sont liées à des problèmes somatiques, psychiques et sociaux pouvant engendrer une dépendance fonctionnelle.

Le système de « gériatrie régionale NV » n'est pas une structure supplémentaire. Il s'inscrit dans un processus collaboratif des acteurs du réseau. Il se conçoit comme un réseau de professionnels qui se connaissent, qui ont appris à travailler ensemble, et qui se mobilisent autour d'objectifs centrés sur la santé du patient.

Il est constitué des différents lieux d'accueil, d'information et de prise en charge des personnes âgées dans les domaines de la santé et du social. Il est mobilisé dès qu'une personne âgée en perte d'autonomie ou ses proches demandent une information médico-sociale, une aide ou dès qu'un besoin est identifié par un professionnel.

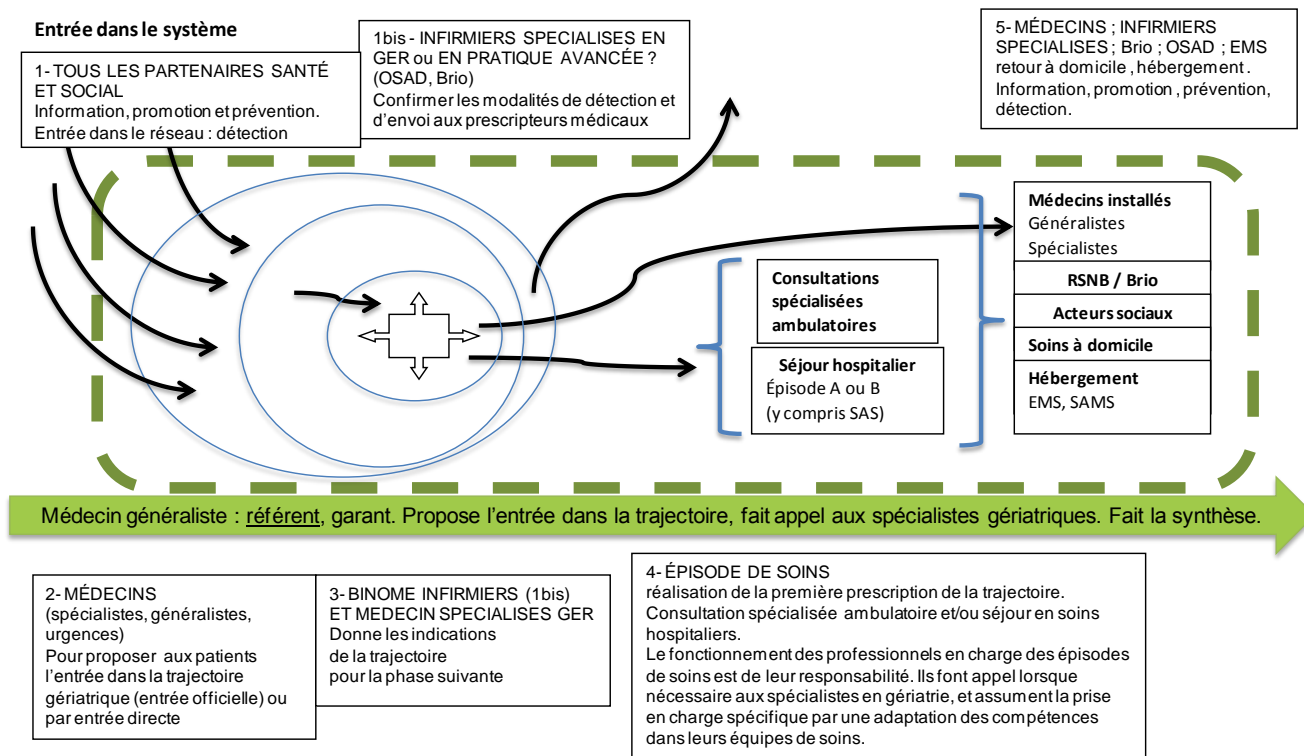


En conséquence, les processus de repérage (ou détection), et d'orientation gériatrique, sont des éléments majeurs de qualité et d'efficacité, pour toute la chaîne de prestations qui suivra. Il est essentiel que le canton et la région concentrent leurs premières décisions sur :

- Comment sont organisées les responsabilités (périmètres et professionnels concernés, délégations possibles, etc.) ?
- Qui est le chef d'orchestre de l'ensemble ?
- Qui détecte et avec quels moyens (méthode et outils) ?
- Comment partager l'information avec tous les professionnels concernés, et qui est le garant du partage de l'information, avec quels outils ?
- Comment améliorer la performance du tri aux urgences et assurer une évaluation au juste nécessaire ?

6.3. Les acteurs et leur fonctionnement

Nous présentons ici de manière globale la trajectoire du patient, avec **une fonction de garant** (réfèrent de proximité) par trajectoire. La trajectoire met en oeuvre « le plan des objectifs identifiés par les professionnels, et centrés sur les besoins du patient ». Le garant assure la vision globale, la sensibilisation, la modération, l'interpellation des professionnels et des institutions. Il fait la synthèse, et travaille en coordination avec ses confrères.



Le médecin généraliste (réfèrent, médecin de famille) est le garant de la trajectoire et son chef d'orchestre. C'est lui qui propose l'entrée dans la trajectoire gériatrique à son patient et/ou son représentant (légal/proche). En tant que professionnel, il participe à une réflexion conjointe avec ses confrères spécialistes, qui confirme une entrée dans le système de gériatrie régionale. Le médecin généraliste informe son patient et/ou son représentant, et donne son avis au patient pour que son consentement soit éclairé.

Le médecin gériatre est le spécialiste de la trajectoire et il est consulté en tant que tel par ses collègues. Il s'appuie sur les compétences présentes dans le réseau de soins régional, et propose leur maintien / développement en accord avec les différentes institutions.

Les gériatres s'assurent que les compétences sont présentes dans les différentes structures de la région, avec le juste niveau de compétences gériatriques. Ils font des propositions pour amener les adaptations souhaitables, et participent, lorsque nécessaires, aux activités d'information, de sensibilisation et de formation.

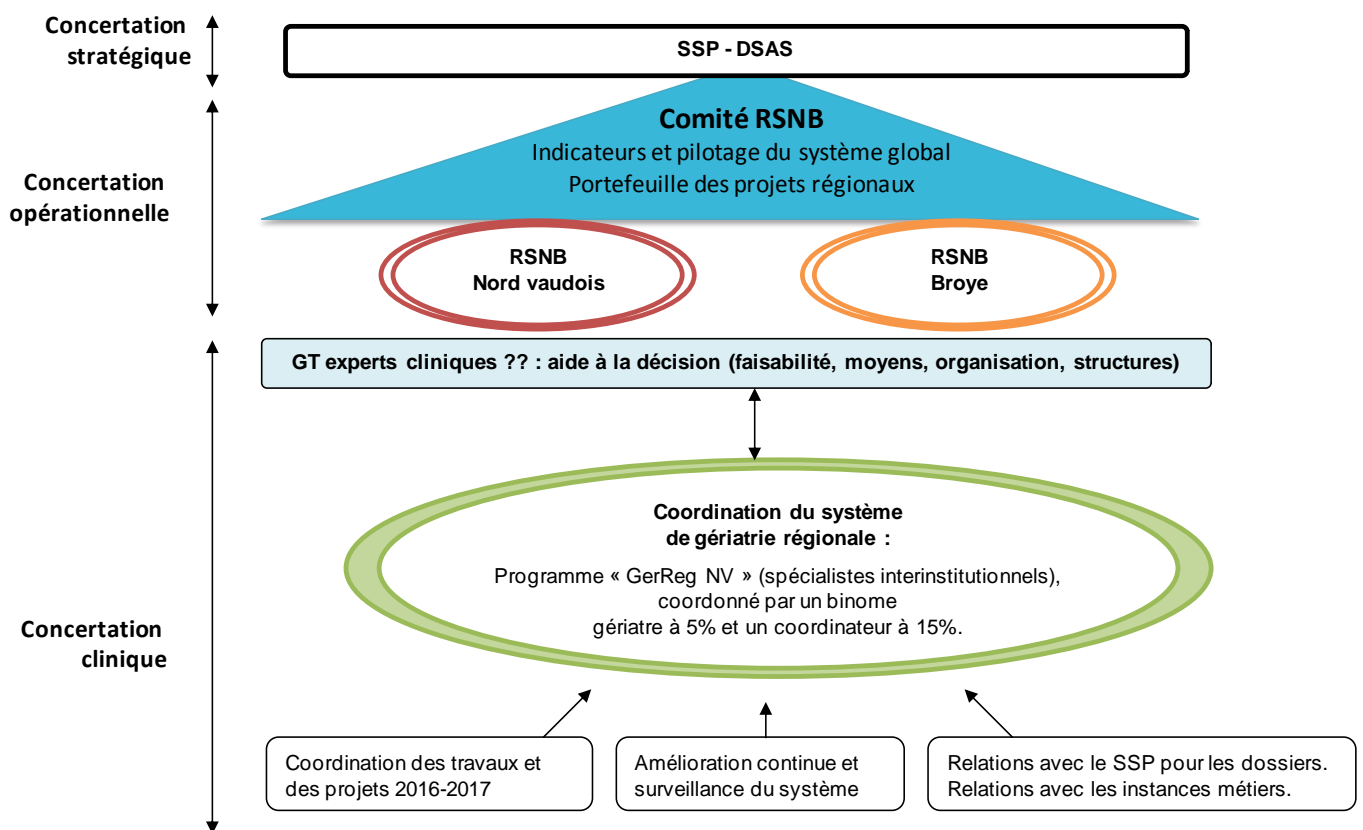
Les périmètres de responsabilités et d'actions doivent être discutés précisément entre les OSAD et le Brio, afin d'assurer une détection efficace et un partage de l'information optimal pour bien orienter les patients. Le Brio assure la visibilité de l'ensemble du parcours et des prestations dispensées. Les projets cantonaux « i du Brio » et « guichet intégré » doivent amener des précisions (officialisation des résultats attendus en septembre 2015).

Le tri aux urgences est sous la responsabilité de l'hôpital. Il est établi sous l'autorité du médecin-chef des urgences, en interdisciplinarité. L'équipe requise se compose d'infirmiers urgentistes, d'infirmiers en pratique avancée, du Brio, d'un gériatre ou d'un infirmier spécialisé en gériatrie sous la supervision du gériatre.

6.4. L'organisation du système régional de gériatrie NV

Le GT Gériatrie Régionale NV propose la mise en place d'un système tenant compte des indications données dans le paragraphe « cadre », concernant le pilotage des activités :

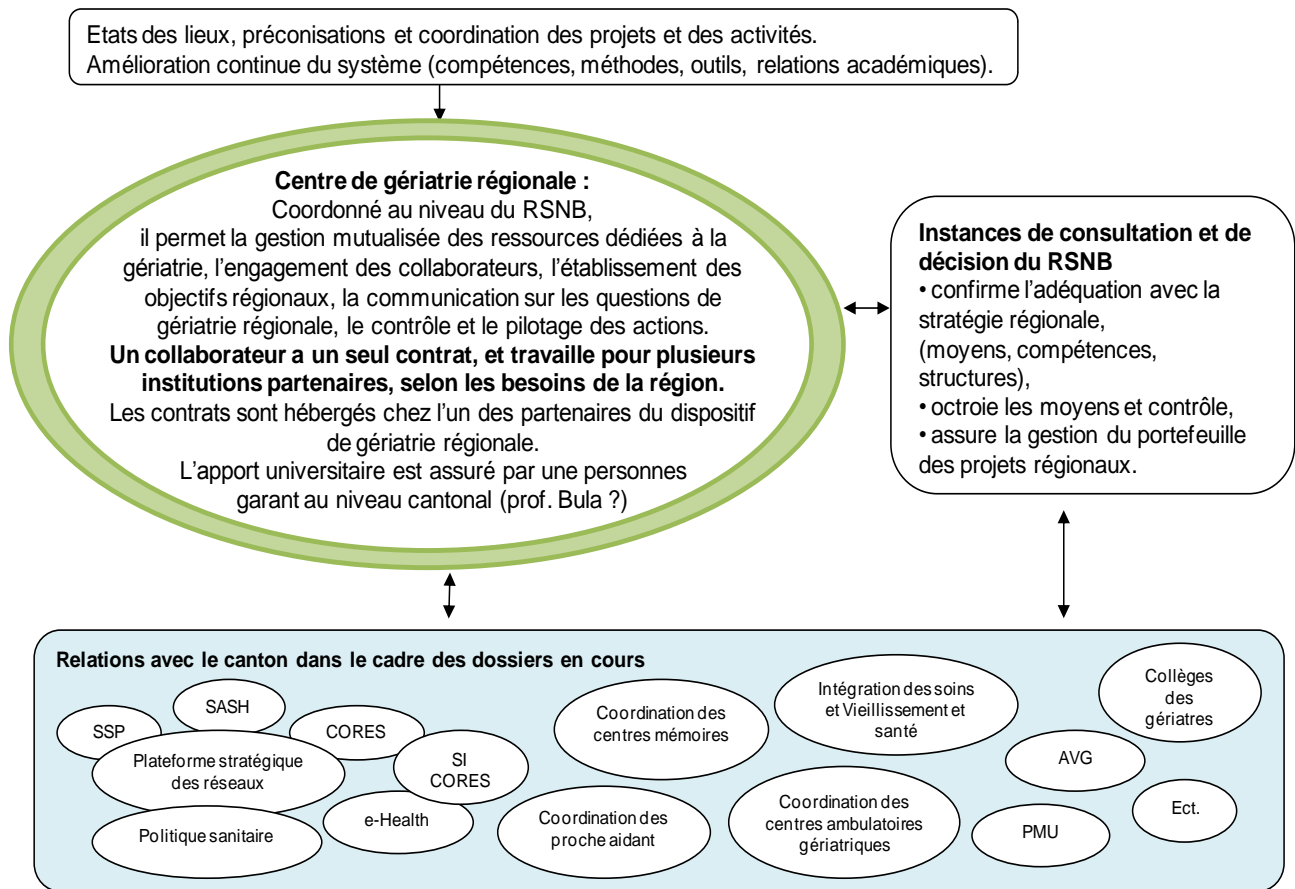
- La **concertation stratégique** s'organise sur le plan cantonal : c'est le comité de pilotage V&S.
- La **concertation opérationnelle** s'organise sur le plan régional : ce sont les comités des réseaux.
- La **concertation clinique** s'organise sur le plan régional pour accompagner la mise en place des projets et piloter les données cliniques en vue d'une amélioration continue des soins aux personnes âgées. Sur ce point, un organe spécifique pourrait être nommé pour incarner et faire vivre cette concertation.



A tous les niveaux, la vision globale est établie, et les différents développements s'y réfèrent régulièrement (principe de pilotage avec tableau de bord : organisation du portefeuille des projets et activités spécifiques). Cette activité est assurée par la coordination du système de gériatrie régionale. Elle est essentielle, car elle garantit que le système ne sera pas « aveugle » tout au long de ses multiples évolutions. Le GT GerRegNV constitue un organe d'accompagnement du changement dans la période 2016-2017.

À terme, en 2018, ce système sera pérennisé selon un modèle de gestion qui pourrait s'inspirer du programme ForOmNV. Il s'agit d'un modèle de gestion spécifique, inter institutionnel, qui est opérationnel depuis plusieurs années dans le Nord vaudois. Ce programme répond à des objectifs clairement exprimés et opérationnels. Il est gouverné par un comité, et coordonné par un médecin spécialement engagé pour cette fonction. Le programme engage les collaborateurs, organise les activités globales, gère les projets et assume la communication avec les professionnels concernés. Il est subventionné par le SSP (contrat de prestations).

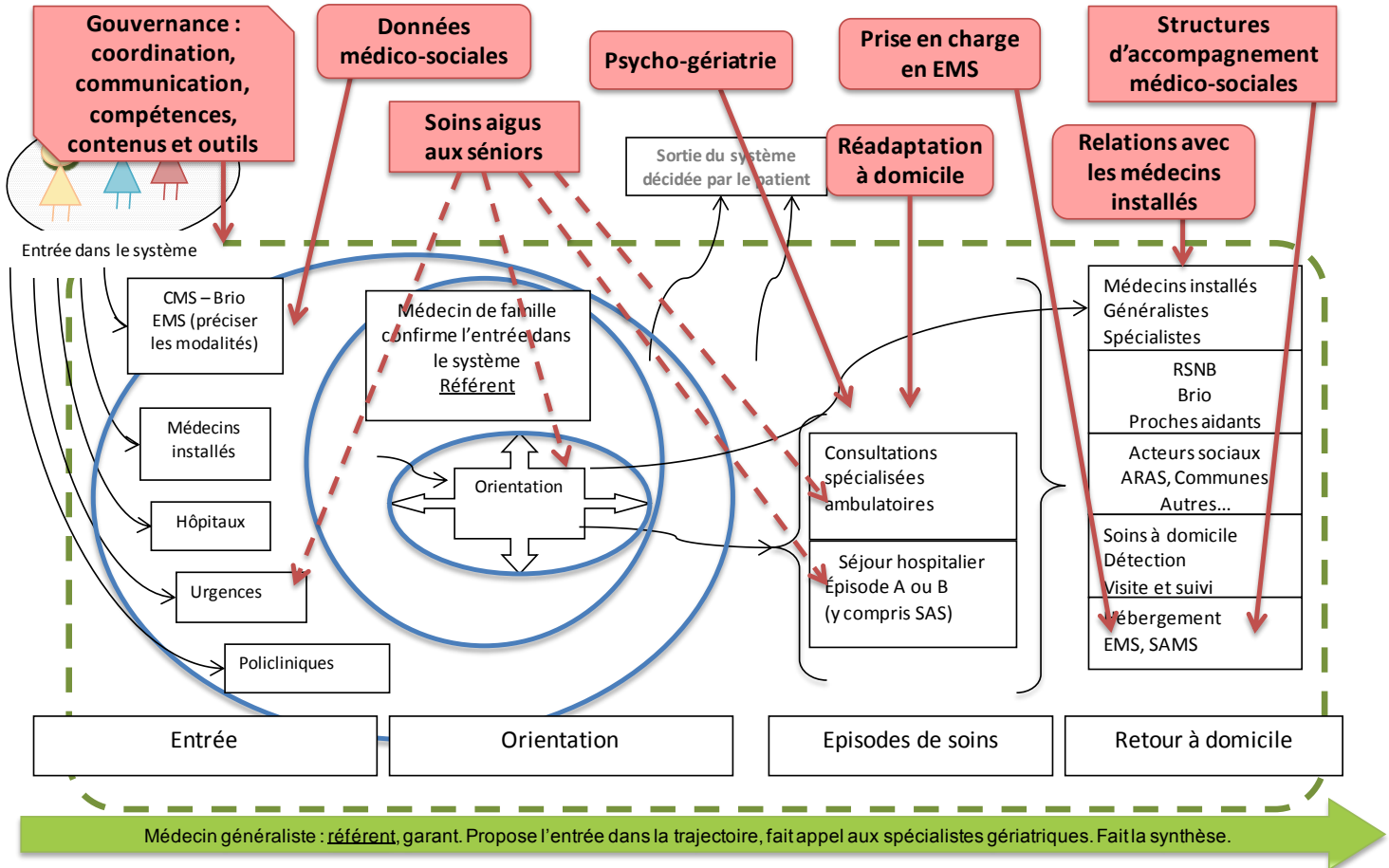
Le programme « ForOmNV » est un modèle intéressant pour administrer la gériatrie régionale en 2018 :




Le GT GerRegNV préconise une période de transition de 2 ans, afin d'accompagner les changements, de réaliser le programme 2016-2017, et de confirmer le modèle de gestion adéquat pour 2018.


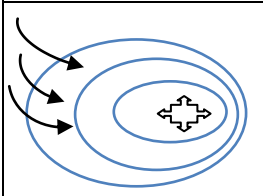
7. Les travaux engagés sur la trajectoire et les acteurs impliqués

Nous établissons les axes de développement en nous référant à la trajectoire de gériatrie régionale :



7.1. Les dossiers

	<p>La gouvernance clinique de la gériatrie régionale</p> <p>(Dresse L. Saia, et un coordinateur) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Conduire le programme de gériatrie régionale NV – produire trimestriellement la vision globale au travers d'un tableau de bord des activités, coordonner les différentes actions, coordonner la communication, produire les aides aux décisions. <p>(Drs A. Jabri, O. Daher, Dr L. Saiah, A. Azam. S. Heuls, H. Demière. En lien avec les groupements professionnels cantonaux) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Adapter et soutenir les compétences dans toutes les institutions – confirmer trimestriellement les besoins avec les institutions, préparer et produire les actions de formation et de sensibilisation. <p>(Drs Y. Vaucher, O. Daher, A. Azam. En lien avec les groupements professionnels cantonaux) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Assurer la veille sur les contenus et les outils au niveau cantonal. Proposer les évolutions régionales, en lien avec le groupe opérationnel « détection et orientation » ci-dessous.
---	---

	<p>Relations avec les médecins installés</p> <p>(F. Perez et Dresse Carnal, en lien avec les organisations régionales de la SVM, du GMNV, de l'AMENOV, et en lien avec la PMU) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la cohérence de la communication auprès des médecins installés, pour tous les dossiers de la GerRegNV. • Amener des informations cohérentes et uniques, de proximité, auprès des médecins installés. • Être un acteur privilégié et reconnu pour la promotion et l'aide au déploiement des projets régionaux et cantonaux, d'intérêt pour les médecins installés. • Participer à la mise en place ou à la confirmation du réseau de professionnels de la santé et du social, d'intérêt pour la gériatrie régionale et en lien avec les médecins installés.
	<p>Détection et orientation partagée entre les partenaires</p> <p>(Ch. Perrenoud, L. Bourgeois, C. Neuville Kopp, Dresse Carnal) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire les recommandations nécessaires pour améliorer les différentes étapes de la trajectoire, pour la détection et pour l'orientation des patients, pour consolider les préconisations interdisciplinaires auprès du médecin traitant. • Permettre l'exploitation des différents projets déjà menés sur ces sujets au niveau cantonal (I du Brio, guichet intégré, etc.). • Convenir des éléments à partager entre professionnels et de la forme des rapports transmis. Adapter, simplifier, mettre en cohérence. • Mettre en oeuvre tous les éléments facilitant le partage des informations entre les professionnels. Être un interlocuteur privilégié dans les activités liées à un système sécurisé de transmission des données médicales (HIN). • Mener les discussions avec les services et professionnels concernés (médecins installés, gériatres, urgentistes, CMS, Brio), pour assurer le partage des idées et l'acceptabilité de ce qui sera produit. • Préparer la communication pour l'équipe en lien avec les médecins installés. • Soutenir et suivre les évolutions, accompagner les évolutions.
<p>Consultations spécialisées ambulatoires</p>	<p>Renforcement de la psychogériatrie dans le programme de gériatrie régionale</p> <p>(Drs A. Azam et O. Daher, L. Bourgeois) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aider au renforcement des compétences psychogériatriques dans la région, lorsque c'est possible, notamment dans le dispositif « crise ». • Coordonner les projets du SPN et ceux de la gériatrie régionale. • Mesurer les impacts pour les équipes du CMS, enjeu de prévention des cas.
<p>Consultations spécialisées ambulatoires</p>	<p>Renforcement de la réadaptation à domicile – PTH, PTG, PTE</p> <p>(Ch. Perrenoud, Dr Y. Vaucher, L. Bourgeois, F. Perez, B. Oosterhoff, V. Riccui, représentants EMS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire le point sur ce qui fonctionne, à maintenir et à dynamiser. • Améliorer ce qui doit l'être. Faire des propositions partagées avec les acteurs concernés, faire décider. Attention, beaucoup d'institutions sont concernées, la consultation des acteurs est importante. • Produire l'information aux médecins installés pour l'équipe « médecins référents ».

<p>Hébergements EMS, SAMS</p>	<p>Améliorer la qualité des soins en EMS – soins aigus, gériatrie, réadaptation, psychogériatrie, soins palliatifs, soutien aux proches aidants.</p> <p>(Claire Perrenoud, représentants EMS, Christine Perrenoud, Dr A. Jabri. En lien avec L. Rojas pour le projet du concept SAS régional) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étudier les besoins spécifiques et généraux des EMS du Nord vaudois afin que la qualité des soins soit améliorée en EMS (activités du médecin traitant, support du gériatre, compétences du personnel en EMS, liens entre EMS et urgences hospitalières, etc.). • Dégager les axes d'amélioration, faire un rapport en mars 2016 et faire décider dans les instances compétentes (comité stratégique du NV, groupements des EMS, groupements professionnels du canton, SSP). • Planifier les évolutions par dossier, à court, moyen et long terme. • Pour chaque dossier, conduire les changements ou organiser la délégation pour les mises en oeuvre. • Faire la promotion, sensibiliser les professionnels. Produire l'information aux médecins installés pour l'équipe « médecins référents ». • Assurer la communication pour les autres partenaires de soins. • Soutenir et suivre les évolutions, accompagner les changements – amélioration continue.
-----------------------------------	---

7.2. Les projets

Deux projets sont identifiés : développer les SAMS (structures d'accompagnement médico-sociales) et développer le concept des SAS (soins aigus aux séniors).

<p>Hébergements EMS, SAMS</p>	<p>Développer les structures d'accompagnement médico-sociales dans le Nord vaudois - SAMS</p> <p>(Claire Perrenoud pour l'initialisation, avec des représentants des EMS, C. Neuville Kopp, L. Bourgeois) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étude d'initialisation en cours. Préparer la décision de lancement du projet pour mars 2016.
-----------------------------------	--

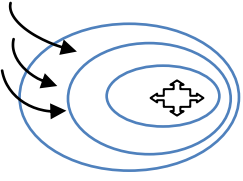
Concept de soins aigus aux séniors pour le nord vaudois

Document d'étude en annexe, produit par S. Thierry en première version.

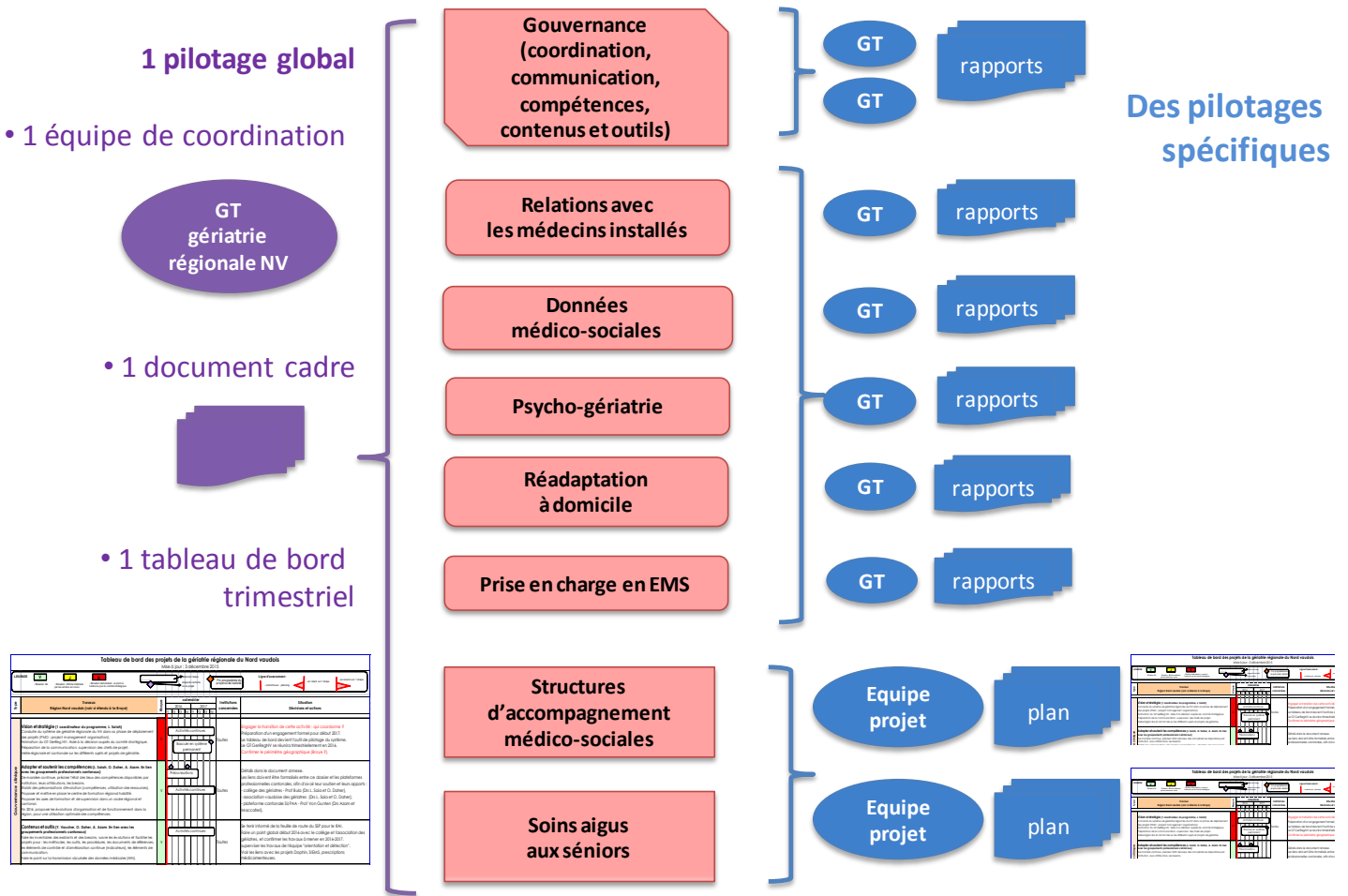
(**L. Rojas**, avec pour la réflexion globale Drs O. Daher, A. Jabri, J. Ombelli et L. Saiah, Ch. Kordo, C. Neuville Kopp, F. Perez. Voir un référent HIB pour information.) :

- Établir le concept SAS adapté au Nord vaudois.
- Produire la concertation régionale et cantonale nécessaire à la compréhension et à l'acceptation du concept par toutes les parties concernées.
- Assurer la conduite globale SAS en 2016-2017.
- Assurer la conduite du dossier lié au codage du DRG gériatrique.
- Assurer la coordination des travaux d'intérêt commun pour les 4 volets : relations avec les décideurs, relations avec les médecins, interprétation commune des données, système sécurisé de transmission des données médicales (HIN), centre de formation habilité régional.

Déclinaison du concept SAS en 4 volets :

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Consultations spécialisées ambulatoires SAS </div>	<p>Déploiement géographique des consultations du centre AVS – dispositif de consultation gériatrique communautaire</p> <p>(F. Perez, A. Jabri, O. Daher, Ch. Kordo, L. Bourgeois) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour mars 2016, établir les perspectives de déploiement souhaitées en 2016 et 2017, en lien avec le concept régional SAS. Établir les besoins en terme de compétences, de structures et les budgets de développement. • Suite au test positif sur Chamblon, déployer le processus de relais en sortie d'hospitalisation aux autres hôpitaux. • Faire le lien avec le dossier d'amélioration de la prise en charge en EMS. • Poursuivre l'information et les liens avec les médecins installés et hospitaliers.
	<p>Tri et orientation aux urgences hospitalières – filière personnes âgées</p> <p>(L. Rojas, Drs L. Saiah, J. Ombelli (5%) et A. Azam. B. Kauz, C. Neuville Kopp, L. Bourgeois</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour janvier 2016, établir un bilan intermédiaire et préciser ce qui reste à faire sur Yverdon en terme d'outils et d'organisation, et convenir du planning pour finaliser le test d'ici 2017. Confirmer les décisions en lien avec le SSP. • Pour mars 2016, proposer les perspectives de déploiement pour la région et les étapes intermédiaires, en lien avec le concept régional SAS et avec les stratégies des institutions. • Établir la tactique de déploiement par institution. • Poursuivre l'information et les liens avec les médecins installés et hospitaliers.
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Séjours hospitaliers SAS </div>	<p>Développement des unités SAS et hôpitaux AAPA – unités stationnaires</p> <p>(Drs O. Daher et J.-Ch. Laurent, HIB?. Avec une équipe projet à préciser) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour mars 2016, confirmer les perspectives souhaitées en 2021, et les étapes intermédiaires, en lien avec le concept régional SAS et avec les stratégies des institutions. • Établir la tactique de déploiement par institution. • Faire le lien avec le dossier AAPA du SSP, et assurer la compatibilité entre la vision régionale 2021 et la vision du SSP. • Poursuivre l'information et les liens avec les médecins installés et hospitaliers.
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Séjours hospitaliers SAS </div>	<p>Equipe de gériatrie intra hospitalière EGSA – équipe mobile multidisciplinaire</p> <p>(Drs L. Saiah et Y. Vaucher, Ch. Kordo, H. Demière, N. Henrioud) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour juin 2016, établir un bilan intermédiaire et préciser ce qui reste à faire sur Yverdon en terme d'outils et d'organisation, et convenir du planning pour finaliser le test d'ici 2017. Confirmer les décisions en lien avec le SSP. • Pour mars 2016, proposer les perspectives de déploiement pour la région et les étapes intermédiaires, en lien avec le concept régional SAS et avec les stratégies des institutions. • Établir la tactique de déploiement par institution. • Poursuivre l'information et les liens avec les médecins installés et hospitaliers.

7.3. Le système de pilotage des activités



Le pilotage global est déjà engagé :

- l'équipe de coordination est en place (GT GerReg NV), la représentation des EMS sera revue en 2016,
- le document-cadre est finalisé (rapport décembre 2015),
- le tableau de bord est établi et a été présenté à deux reprises déjà.

Dans les pilotages spécifiques, seul le plan de gestion du projet « concept SAS adapté à la région NV » a été abordé. Il conviendra de finaliser début 2016, avant de confirmer le tableau de bord de ce projet.

8. Les projets cantonaux en lien avec la gériatrie régionale Nord vaudois

Classement selon les axes du programme « Vieillesse et santé » - source SSP (voir les contenus en annexe).

Axe 1 : prévention

- Projet médicaments et polymédication : pilote en cours dans le Nord vaudois (TIO).
- EVIPREV : établissement d'une check-list (questionnaire que le médecin peut utiliser avec son patient, questions liées à la prévention). Pilote en cabinets à Sainte-Croix et à Yverdon, en lien avec « pas de retraite pour ma santé ». Décision du déploiement prévue mi-2016 (décision PMU).
- Acteurs sociaux : refaire le lien avec le SASH sur ce qui est en cours et sur les tendances. Cette question peut être remontée en plateforme de concertation stratégique entre le SSP et les réseaux, avant d'agir au niveau régional.
- Projet AGE : mené par Dr Senn (PMU), il vise à identifier les critères permettant au médecin traitant de déterminer rapidement les patients éligibles pour une prise en charge gériatrique spécialisée.

Axe 2 : coordonner au sein du domicile

- Projet I du BRIO : classification en cours.
- Agences régionales d'actions sociales ARAS : en réorganisation (nombres, compétences, régionalisation en lien avec les réseaux de soins ?) : voir les avancées avec le copil ARAS.
- Mission des réseaux : repositionnement prévu en 2016.
- Renforcement de la première ligne de soins :

La PMU rendra son rapport prochainement. Le positionnement des soins à domicile est en discussion dans ce cadre et donnera lieu à des discussions et décisions au sein du SSP.

« équipe renfort première ligne » : expériences pilotes dans les régions périphériques (Sainte Croix pour le Nord).

Renforcement des équipes mobiles en PAA, en renfort dans les EMS et à domicile. Le pilote est en cours en région centre. Un déploiement est prévu par région, avec l'extension à d'autres spécialités (PAA, Gériatrie, soins palliatifs). L'idée est de créer une équipe généraliste. Pour cela, une équipe de déploiement (accompagnement) sera montée fin 2016 pour donner l'information issue du pilote et pour proposer des opportunités dans les autres régions.

- Structures intermédiaires : le bilan est fait, des groupes de travail cantonaux sont montés. Le pilote est désigné à l'Est et un chef de projet vient d'être engagé. Informations à préciser avec le SSP.
- Topaze : des colocations Alzheimer seront ouvertes à Orbe, et devraient également voir le jour sur le site de Bellevue (Saphir), après confirmation de l'expérience Topaze.
- Cahier des charges et compétences du médecin en EMS : ces travaux sont proposés au niveau de l'AVDEMS. Le SSP demandera une concertation avec la nouvelle faïtière des médecins gériatres.
- Proches aidants : il s'agit de garantir l'existant et de renforcer l'information. La consultation proches aidants doit être repositionnée pour répondre aux nouvelles directives cantonales. Elle s'adressera désormais aux proches de patients de tous les âges, quelle que soit sa pathologie. Aujourd'hui, dans le RSNB, cette consultation s'adresse uniquement aux patients gériatriques. Elle est en conséquence hébergée dans le centre AVS (Alzheimer, Vieillesse et Santé) qui propose également la consultation gériatrique et le centre mémoire.
- Gestion de cas - suivi précis (coach du parcours de santé) : Les critères d'éligibilité sont établis en annexe 4 du document sur les soins intégrés (édition prévue en septembre, pour la plateforme de concertation stratégique SSP-Réseaux). Le pilote établi à l'est du canton se poursuit par ses propres moyens. Un éventuel déploiement sera discuté fin 2015 (selon décision du COAV – SSP).

• Outil RAI :

Une feuille de route est en préparation au SSP (édition prévue en septembre, pour la plateforme de concertation stratégique SSP-réseaux).

À ce jour, les CMS établissent systématiquement une évaluation complète (RAI Homecare), ce qui est lourd et inadéquat pour une transmission simple et rapide entre professionnels. Le RAI Homecare est préconisé en dernier lieu pour les cas complexes. Il est conçu pour être établi en équipe pluridisciplinaire.

Une version en 10 questions sur appareils mobiles existe en langue étrangère : ED Screener. Elle est en cours de traduction et d'adaptation par Brigitte Kauz, dans le cadre de son master d'infirmière en pratique avancée. Mme Kauz est par ailleurs engagée dans le projet d'orientation aux urgences, à Yverdon, dans le cadre de TIO. Ces travaux sur l'ED Screener se déroulent depuis juin 2015 et devraient aboutir en septembre 2015. Cette version allégée permet un repérage très rapide et adapté pour une première évaluation et orientation. Le déploiement du « ED Screener » devrait être décidé en septembre 2015.

Un second niveau d'évaluation est proposé en 20min : Contact assessment.

NB : pour les EMS, un horizon de 3 ans est donné avant le remplacement du système « Plaisir ».

Axe 3 : hôpital / concept SAS (soins aigus aux séniors)

Un mandat cantonal vient d'être confié à la FHV pour développer l'AAPA (approche adaptée pour les personnes âgées) dans les hôpitaux du canton. L'objectif est d'adapter le matériel proposé, en lien avec l'existant (guidelines, compétences), puis de l'implémenter dans les hôpitaux.

Le projet développé à Sainte-Croix peut être entendu par le SSP comme une unité SAS, dans la mesure où :

- C'est la première opportunité dans le Nord vaudois, pour une prise en charge adaptée à la personne âgée en soins aigus, et c'est donc une avancée majeure pour la santé publique,
- Il s'agit d'un prototype régional qui doit présenter des résultats qui intéresseront les internistes généralistes de la région et faciliteront les relations entre gériatres et internistes généralistes,
- L'opportunité de développer un modèle de soins aigus financé par les DRG gériatriques doit être encouragée autant que possible.

Il est fondamental que tous les acteurs du Nord vaudois avancent progressivement et ensemble dans un système coordonné de soins aigus au sénior régional, avec une AAPA dans tous les hôpitaux. L'unité projetée au RSBJ doit encourager en ce sens.

Le projet EGSA (équipe de gériatrie en soins aigus), initié à Yverdon aux eHnv, est un premier pilote d'équipe mobile multidisciplinaire. Il permettra de diffuser les compétences gériatriques, et de fournir appui et conseil dans les services de soins aigus. La question de sa base de rattachement (quelle unité ?) se pose puisqu'il n'y a pas d'unité stationnaire à Yverdon. Le projet doit fournir des observations et chiffrages au SSP (indicateurs), et amener des propositions. Une prise de décisions est prévue fin 2015 pour la suite.

Un centre de gériatrie ambulatoire et communautaire (CGAC) existe déjà dans le Nord. Il est hébergé par le RSNB. Il doit être renforcé pour se déployer dans les régions périphériques d'Yverdon, et pour mieux collaborer avec les acteurs régionaux (médecins installés, hôpitaux, soins à domicile, Brio, structures d'hébergement de long et court séjour, CAT...).

Le projet RéaGer/RéaDom (CHUV) propose une réadaptation à domicile. Ce projet a été développé au centre. Le Nord peut analyser son intérêt à développer ce projet et faire des propositions au SSP.

Axe 4 : compétences

Un inventaire cantonal est en cours sur ce qui est proposé comme formations en lien avec la gériatrie. Des focus groupes sont menés. Une mise en ligne est prévue ensuite, avec pour objectif d'informer sur ce qui existe, et de proposer des cursus de formation selon les besoins.

9. Les ressources nécessaires

Le système de gériatrie régionale, tel que proposé dans notre rapport, soutiendra et participera activement aux voies d'amélioration suivantes :

- assurer la vision globale du système de gériatrie régionale, en terme d'état des lieux, d'indicateurs de qualité, d'outils et méthodes, de projets régionaux / cantonaux en cours et de compétences,
- mettre en place et maintenir les compétences nécessaires, la sensibilisation et l'information des professionnels,
- animer des zones d'échanges et de connaissances pour créer des réseaux efficaces et vivants, entre les différentes professions,
- aboutir les expériences en cours sur les méthodes et outils d'évaluation et de détection, et assurer leur déploiement régional et cantonal,
- améliorer la prise en soins en EMS,
- assurer une meilleure production et un bon partage des données médico-sociales,
- concevoir et mettre en place le concept de « soins aigus aux seniors » adapté au Nord vaudois en intégrant les projets des différentes institutions et en les coordonnant,
- accompagner la création des structures d'accompagnement médico-sociales,
- mutualiser les moyens pour une meilleure efficacité institutionnelle et globale.

Le management du système de gériatrie régionale nécessite 20% de ressources spécialisées en management des programmes et en gériatrie, au moins pour les deux ans à venir. Il peut s'agir d'une ou deux personnes.

L'évaluation et la conduite de programmes liés aux compétences régionales nécessiteront 20% d'un ou plusieurs gériatres, et / ou d'infirmiers spécialisés et supervisés par un gériatre.

Des ressources sont déjà attribuées sur TIO et sur les projets institutionnels. Ces ressources doivent être renforcées, afin d'assurer le déploiement et la réussite de ce qui est déjà engagé.

Nous préconisons une réserve pour financer deux formations de spécialistes infirmiers dans la région, pour les deux prochaines années.

Alternative :

Si les ressources ne sont pas disponibles pour assurer la poursuite du GT de gériatrie régionale, la région pourra au moins consolider ses projets et améliorations continues par institution. Il est cependant indispensable d'assurer la vision globale du dispositif, par la gestion du portefeuille des projets et activités à caractère gériatrique. Pour cela, une ressource dédiée à minima sur cette tâche est requise.

L'évolution des compétences peut également se poursuivre par institution, mais restera limitée si elle n'est pas coordonnée.

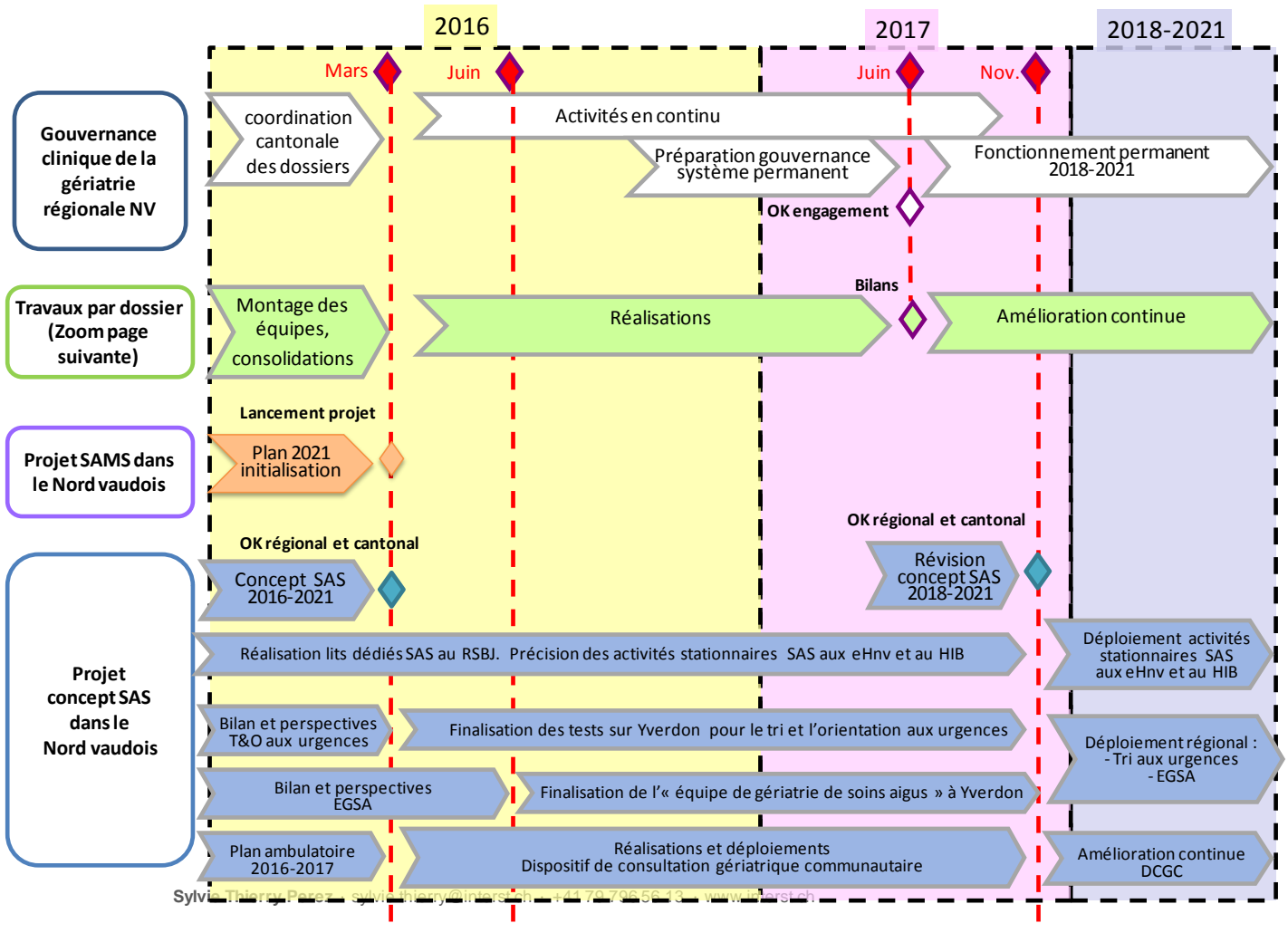
Tableau de synthèse des ressources nécessaires :

Gouvernance (coordination, communication, compétences, contenus et outils)	<p>1 coordinateur gestionnaire à 15%</p> <p>1 coordinateur gériatre à 5% (Dresse L. Saiah)</p> <p>10% pour le GT compétences (Drs L. Saiah, A. Jabri, A. Azam et O. Daher, C. Heuls, H. Demièrre)</p> <p>10% pour le GT méthodes et outils (Drs Y. Vaucher, A. Azam et O. Daher)</p> <p>Des activités des gériatres et psycho-gériatres dans le cadre de leur cahier des charges</p>
Relations avec les médecins installés	<p>Dresse Ch. Carnal et F. Perez (10%)</p>
Données médico-sociales	<p>Chr. Perrenoud (20%), C. Neuville Kopp, L. Bourgeois, Dresse Ch. Carnal</p>
Psycho-gériatrie	<p>Drs A. Azam, Y. Vaucher, J.-Ch. Laurent et O. Daher</p>
Réadaptation à domicile	<p>Ch. Panchaud (20%)?, F. Perez, B. Oosterhoff, L. Bourgeois, V. Ricciuti, EMS ?, Dr Y. Vaucher</p>
Prise en charge en EMS	<p>Claire Perrenoud (20%), autres EMS?, Christine Perrenoud (10%), Dr A. Jabri (10%)</p>
Structures d'accompagnement médico-sociales	<p>étude d'initialisation : Claire Perrenoud (30%), autres EMS ?, C. Neuville Kopp, L. Bourgeois</p>
Soins aigus aux séniors	<p>Cheffe de projet : L. Rojas (80%)</p> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; border-radius: 50%; background-color: #4a86e8; color: white; padding: 5px; margin: 0 10px;"> Equipe projet </div> <p>4 responsables de groupe : F. Perez (10%), Drs L. Saiah (10%), J. Ombelli (5%), O. Daher (30%),</p>

10. Calendrier de déploiement du système gériatrique

Nous imaginons 2 périodes :

- **Transition** : La mise en oeuvre d'une coordination des activités du programme 2016-2017, assumée par le GT GerRegNV actuel.
- **Fonctionnement permanent** : À terme, la possibilité d'asseoir une organisation permanente autour d'un dispositif régional qui mutualisera certaines ressources, partagera les engagements, etc. Par exemple sur un principe de gestion inspiré du cursus ForOmNV.



11. Conclusion

En 2015, le GT GerRegNV a démontré sa capacité à se rassembler, à réfléchir entre institutions et entre métiers différents, à construire une vision globale sur le sujet de la gériatrie régionale. À agir également, car déjà des éléments concrets ont évolué dans les dossiers en cours, en se nourrissant naturellement des discussions régulières.

L'état des lieux a été produit, les propositions d'organisation et de gouvernance ont été faites.

Différents axes de développement sont identifiés comme d'importance pour le futur système de gériatrie régionale. Le plan des travaux 2016-2017 et l'analyse des ressources ont été faits en conséquence.

La coordination, assurée par le GT GerRegNV, produira une vision globale des évolutions, pour une meilleure information des professionnels, pour une mutualisation des idées et pour plus de souplesse dans les relations.

Les ressources demandées en supplément (deux fois 20%) sont nécessaires pour une transition de deux ans, pour faire vivre ce niveau global, mutualisé et solidaire. Ces ressources sont dédiées au pilotage du GT GerRegNV et au développement des compétences, outils, méthodes. Les résultats attendus : plus d'efficacité, une meilleure qualité du rendu, de la convivialité, plus de synergies naturelles, des opportunités gagnantes, une très bonne visibilité, plus de rapidité, un soutien opérationnel auprès des professionnels, une veille permanente des réalisations et enjeux cantonaux, etc. Ensuite, des habitudes seront prises, les résultats à court terme seront atteints, et une phase pérenne pourra débuter avec une mutualisation des moyens encore plus efficaces.

Nous proposons d'investir pour du « mieux, plus vite, moins cher à qualité égale ».

L'image de la région s'en trouvera renforcée auprès des jeunes professionnels attirés par cet esprit de travail motivant. C'est un dispositif novateur pour le canton qui intéresse déjà. C'est également une excellente porte d'entrée pour démontrer que la région est prête pour un dispositif de soins intégrés entre différentes institutions, véritable réseau interdisciplinaire, opérationnel.

Nos propositions ont reçu un accueil favorable auprès du comité stratégique OSRIC du 3 décembre 2015. Les différentes institutions partenaires du dossier de gériatrie régionale NV souhaitent engager, autant que possible, les travaux de transition 2016-2017, pour atteindre les objectifs décrits dans notre rapport 2015 – version finale décembre 2015.

Elles délèguent des ressources internes pour engager concrètement les actions décidées.

Le comité stratégique OSRIC négocie avec le SSP les ressources externes complémentaires. Nous attendons le résultat de ces négociations pour confirmer l'engagement du programme de gériatrie régionale dans le nord vaudois.

Remerciements à tous les participants du GT GerRegNV pour leur assiduité et leur engagement depuis janvier 2015.

Fait à Renens, le 17 décembre 2015.

Sylvie Thierry Perez

Glossaire

AAPA : approche adaptée à la personne âgée
AMENOV : association des médecins
ASPMAD : association pour la santé, la prévention et le maintien à domicile des districts de
Cossonay, Grandson, Orbe, La Vallée de Joux, Yverdon
AVG : association vaudoise des gériatres
AVS : alzheimer, vieillissement et santé
Brio : bureau régional d'information et d'orientation
CAT : centre d'accueil temporaire
CGAC : centre gériatrique ambulatoire et communautaire
CHUV : centre hospitalier universitaire vaudois
CMNV : centre mémoire du Nord vaudois
COAV : centre d'observations et d'analyses du vieillissement
CORES : coordination des réseaux de soins vaudois
DMST : document médico-social de transition
DMT : document médical de transmission
EGSA : équipe gériatrique de soins aigus
eHnv : établissements hospitaliers du Nord vaudois
EMS : établissement médico-social
FHV : fédération des hôpitaux vaudois
ForOmNV : formation pour les médecins omnipraticiens du Nord vaudois
GT : groupe de travail
GER : gériatrie
GerReg : gériatrie régionale
NB : Nord Broye
NV : Nord Vaudois
OSAD : organisation de soins à domicile
PAA : psychiatrie de l'âge avancé
Plaisir : l'outil PLAISIR pour évaluer les besoins en soins des résidents en EMS
PMU : policlinique médicale universitaire
PODA : outil PODA pour établir le profil de dépendance des bénéficiaires
RAI : resident assessment instrument (outil d'évaluation des bénéficiaires)
RSNB : réseau de soins Nord Broye
RSBJ : réseau de soins du balcon du Jura
SAMS : structures d'accompagnement médico-social
SAS : soins aigus aux seniors
SASH : service des assurances sociales et de l'hébergement
SI : Système d'information
SSP : service de la santé publique
TIO : trajectoire, information et orientation du patient