

Organisation Sanitaire Régionale Intégrée et Coordonnée (OSRIC)

Rapport final de synthèse

Rédigé par Yves Kühne

Version finale

Etat au 31 décembre 2015

Mars 2017

*« La pierre n'a point d'espoir d'être autre chose qu'une pierre.
Mais de collaborer, elle s'assemble et devient un temple »*

Antoine de Saint-Exupéry

TABLE DES MATIÈRES

1. Préambule	3
2. Initialisation de la démarche (2011).....	4
2.1 Intention et objectifs.....	4
2.2 La volonté : créer de la convergence et de la valeur	4
2.3 Engagement des partenaires	5
2.4 Le cadre de référence	5
2.4.1 Les domaines (systèmes) et les dimensions de l'intégration.....	5
2.4.2 Le changement de paradigme	6
2.5 Organisation de projet	7
3. Déploiement des projets (2012 – 2014)	8
3.1 Système de gouverne.....	8
3.1.1 Gouvernance	8
3.1.2 Ressources Humaines	9
3.1.3 Logistique.....	9
3.1.4 Finances	9
3.2 système clinique	10
3.3 Les actions de communication.....	11
4. Bilan intermédiaire et évolution (2014 – 2015)	12
4.1 Bilan intermédiaire (2014)	12
4.1.1 Objectifs et méthode	12
4.1.2 Constats	12
4.1.3 Recommandations.....	12
4.2 Réorientation et réorganisation du projet-pilote (2015)	13
4.2.1 Objectif commun	13
4.2.2 Volonté partagée	13
4.2.3 Tâches du Comité « stratégie partagée »	13
4.2.4 Nouvelle organisation du projet	13
5. Les résultats (2015)	14
5.1 Les réalisations.....	14
5.1.1 Le Système de gouverne.....	14
5.1.2 Les actions de communication	15
5.1.3 Le système clinique.....	16
5.2 Les chantiers ouverts	17
5.2.1 Gériatrie régionale.....	17
5.2.2 Maison de la Santé	17
5.2.3 Organisation sanitaire à la Vallée de Joux	18
6. Conclusion	19
6.1 Discussion	19
6.2 Quelques recommandations.....	20
6.3 Quelle suite au projet-pilote	21
Glossaire des abréviations	22
Remerciements.....	22

« Métamorphose d'une utopie »

Comme tout projet, le projet-pilote OSRIC a une fin. Cette fin, planifiée au 31 décembre 2015, marque-t-elle pour autant le terme de ses actions et de ses intentions ? Pour assister à une renaissance, à l'image d'un phénix, ou à une évolution, après une phase de chrysalide, la fin d'un cycle n'est-elle pas une occasion naturelle permettant de se projeter dans une nouvelle vie et de se libérer des anciennes pesanteurs ?

Le projet-pilote OSRIC est né de la volonté et de l'inspiration d'une poignée de personnes d'agir, de penser autrement et de se responsabiliser pour essayer d'apporter leur pierre à la construction d'un système sanitaire régional « décloisonné » et d'aborder collectivement les enjeux futurs de santé publique liés notamment au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques.

La citation d'Antoine de St-Exupéry, en page de garde, résume l'état d'esprit qui a animé les acteurs et les actrices du projet : promotion du « travailler ensemble » et réduction des frontières institutionnelles pour construire une meilleure continuité des soins.

5 ans après, y sommes-nous parvenus ? Avons-nous atteint nos objectifs ?

Partiellement diront les prudents. Pas vraiment rétorqueront certains esprits chagrins. Pour les optimistes cependant, OSRIC aura servi de précurseur aux réformes futures du système de santé : une dynamique collective s'est mise en place et des changements profonds se sont amorcés. Pour preuve, la réorganisation des instances exécutives du RSNB qui souhaite appuyer ses opérations sur deux bureaux régionaux, plus proches des besoins de la population et favorisant les interactions entre les partenaires.

Ces orientations permettront certainement aux actions d'intégration et de coordination des soins et des services, idées fondatrices d'OSRIC et tendance devenue inéluctable au regard de l'évolution tant démographique qu'épidémiologique, de se poursuivre et de se renforcer dans les prochaines années.

Les partenaires régionaux sont ainsi prêts à répondre aux défis qui attendent le système de santé et aux nouvelles orientations stratégiques du Département de la Santé et de l'Action Sociale.

C'est certainement le bon moment pour continuer d'agir !

Le présent rapport reprend le cheminement du projet-pilote et relate ses principaux résultats. Pour tout ce que chacune et chacun a mis dans ce projet-pilote, MERCI...

MERCI À TOUTES ET À TOUS !


Olivier Bettens
Président comité RSNB


Yvon Jeanbourquin
Directeur ASPMAD


Yves Kühne
Secrétaire Général RSNB

2. INITIALISATION DE LA DÉMARCHE (2011)

L'étude stratégique¹, menée en 2010 par le RSNB, mentionnait : « *Le diagnostic semble clair : le système sanitaire est en crise. A court ou moyen terme, son organisation actuelle, basée notamment sur une approche fragmentée, ne répondra plus adéquatement aux impacts du vieillissement démographique, des changements épidémiologiques ou de l'évolution des besoins de la population* ».

Il était notamment relevé que :

- L'organisation doit réduire les frontières et explorer de nouvelles formes de partenariat. La logique des besoins tend en effet vers la continuité alors que la logique des financements pousse encore dans le sens opposé.
- La coordination des soins² se complexifie. Elle est souvent au cœur du problème et elle est garante d'une bonne continuité des soins. De séquentielle ou réciproque, qui prévalait avant la forte augmentation des maladies chroniques, la coordination devient collective.
- La responsabilité populationnelle doit être développée dans les régions.

Fort de ces observations et de la détermination de poser les fondations d'une organisation basée sur une approche collective, le comité du RSNB a lancé, le 1^{er} janvier 2011, avec le soutien du Chef du Département de la Santé et de l'Action Sociale, le projet-pilote OSRIC pour une durée de 5 ans.

2.1 INTENTION ET OBJECTIFS

Le projet-pilote OSRIC avait pour intention et objectifs de :

1. Expérimenter la mise en œuvre d'une « organisation sanitaire régionale intégrée et coordonnée » comme évolution possible du réseau de soins régional, fondée sur une approche populationnelle³ et axée sur les soins primaires visant l'accessibilité, la continuité et la qualité des prestations, tout en assurant l'efficacité du système régional de santé
2. Choisir des mesures favorisant une prise en charge globale des usagers et des usagères, fixer leurs modalités de mise en œuvre et les réaliser afin d'expérimenter une gouvernance collégiale
3. Déterminer et mettre en œuvre des actions favorisant les synergies, les coopérations, le partage des compétences dans les domaines de la gestion, des services financiers, logistiques et des ressources humaines.

La volonté exprimée par les partenaires reposait également sur **certains facteurs clés** dont les principaux sont énoncés ci-après : l'implication de la médecine de 1^{er} recours, une base volontaire, un engagement et un leadership interne fort, le respect de la diversité des missions, le maintien de l'autonomie de gestion interne et un soutien et des incitatifs de l'Etat.

A la fin du projet-pilote, une ou des variantes organisationnelles étaient attendues, ainsi que le résultat des mesures et des actions mises en œuvre. L'évaluation intermédiaire, réalisée par le bureau d'études et de conseil Socialdesign⁴, montrera le besoin d'ajustement du projet durant la dernière année avec réorientation de son organisation.

2.2 LA VOLONTÉ : CRÉER DE LA CONVERGENCE ET DE LA VALEUR

Pour les partenaires du projet-pilote, entreprendre et s'investir dans une telle démarche ne s'inscrit pas uniquement dans une réponse adaptative aux enjeux liés aux changements épidémiologiques et démographiques mais aussi dans une volonté de créer de la valeur ou de l'efficacité (meilleure utilisation des ressources dans un contexte de raréfaction de moyens) et de la convergence (vision et stratégies communes dans un contexte qui tend encore vers la fragmentation).

¹ Organisation Sanitaire Régionale Intégrée et Coordinée (OSRIC), « Une utopie... ou une chance à saisir », étude stratégique, Yves Kühne, novembre 2010

² Contandriopoulos AP et al., « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 8, n°2, 2001, pp 38-52

³ L'approche populationnelle vise l'exercice de la responsabilité populationnelle. « La responsabilité populationnelle implique que les acteurs qui offrent des services à la population d'un territoire déterminé seront amenés à partager collectivement une responsabilité à son égard, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible », Extrait Etude stratégique, p. 21

⁴ Evaluation intermédiaire du projet-pilote OSRIC, Ricarda Ettl, MSc en psychologie, Priska Widmer, M.A. en Politiques et Management Publics, Andreas Dvorak, MBA, Caroline Gachet, Dr. en sciences sociales, Socialdesign, septembre 2014

La réduction des coûts de la santé, si l'on tient compte de la simple évolution du nombre de personnes susceptibles de recourir aux prestations de santé, est peu probable. La maîtrise des coûts est certainement envisageable, mais elle dépasse le cadre d'une seule région.

Par contre, l'efficacité et la qualité, dans une optique d'utilisation rationnelle des ressources disponibles (optimisation) et d'une réponse appropriée aux besoins (pertinence) sont assurément des objectifs que des partenaires régionaux peuvent rechercher à travers une approche et une responsabilité collectives. Et cela, quel que soit le domaine concerné.

Dans le domaine clinique par exemple, le projet « Mon traitement » (réconciliation médicamenteuse) vise aussi bien à favoriser la continuité des soins qu'à diminuer les risques d'erreurs liées aux différentes prescriptions ou ressaisies lors du parcours de soins. Ce projet propose ainsi des perspectives à la fois de réduction des risques et, à terme, de rationalisation des opérations, et donc une meilleure utilisation des ressources.

Il en va de même pour le projet de « Maison de la Santé », localisé en amont des urgences hospitalières, qui ambitionne non seulement l'amélioration des transitions « urgences – hôpital – communautaire », mais également la diminution de l'engorgement des urgences et des séjours hospitaliers inappropriés. Ce projet recherche ainsi tant une progression qualitative qu'un gain d'efficacité, notamment à travers une réalisation collective qui intègre des prestations des partenaires et met en œuvre des processus transverses.

2.3 ENGAGEMENT DES PARTENAIRES

Au démarrage du projet-pilote OSRIC en 2011, sept institutions membres du RSNB ont donné leur accord de participation au projet-pilote. Deux nouveaux partenaires se sont joints au projet après une année (le CSSC – devenu le RSBJ – et l'EMS des 4 Marronniers). Neuf institutions et le RSNB ont ainsi signé une déclaration d'engagement, laquelle mentionnait notamment que :

« Les institutions participant au projet-pilote OSRIC s'engagent à atteindre les objectifs de celui-ci. Cet engagement n'implique pas à priori un engagement à participer à la mise en œuvre d'une organisation sanitaire régionale intégrée et coordonnée qui pourrait découler des conclusions du projet.

Elles s'engagent à expérimenter une gouvernance collégiale sur la durée du projet-pilote. Dès lors, en signant le présent document, les instances décisionnelles confèrent à leur direction impliquée dans le projet-pilote, l'autonomie nécessaire à l'expérimentation d'une gouvernance collégiale. Plus précisément, elles s'engagent à :

- *faire du projet-pilote OSRIC un des projets prioritaires au sein de leur portefeuille de projets ;*
- *être représentées au sein du COPIL du projet-pilote OSRIC par un membre de leur organe décisionnel ;*
- *adhérer aux décisions collectives prises par le COPIL du projet-pilote OSRIC ;*
- *informer les collaborateurs concernés de leur participation au projet-pilote OSRIC ;*
- *mettre à disposition du projet-pilote OSRIC les ressources nécessaires dans le cadre des budgets disponibles ».*

2.4 LE CADRE DE RÉFÉRENCE

2.4.1 Les domaines (systèmes) et les dimensions de l'intégration

Le projet-pilote OSRIC s'est inspiré, comme proposé dans l'étude stratégique, du cadre conceptuel développé par AP Contandriopoulos⁵. La référence à ce cadre conceptuel visait, à des fins de stratégie, de mise en cohérence et de sens, la mise en relation de 3 systèmes, à savoir :

- le système collectif de représentation et de valeurs
- le système de gouverne
- le système clinique,

et, au niveau opérationnel, le déploiement d'efforts particuliers d'intégration dans 5 dimensions : soins et services, médicale, fonctionnelle, normative et systémique.

Le tableau de la page 7 (figure 2), extrait de l'évaluation intermédiaire⁶, illustre l'organisation du travail autour des systèmes de gouverne et clinique. Il est à noter qu'aucun axe de travail ne se situe dans le système collectif de représentation et de valeurs. Après une première approche, les travaux ont été suspendus au profit des

⁵ Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N et al, « Intégration des soins : dimensions et mises en œuvre », Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé, Vol. 8, n°2, 2001, p. 38-52

⁶ Evaluation intermédiaire du projet-pilote OSRIC, Ricarda Ettlin, MSc en psychologie, Priska Widmer, M.A. en Politiques et Management Publics, Andreas Dvorak, MBA, Caroline Gachet, Dr. en sciences sociales, Socialdesign, septembre 2014, page 15

deux autres systèmes. Les partenaires ont estimé que les réflexions sur les valeurs et les principes, menées dans le cadre de l'étude stratégique, étaient suffisantes. Avec le recul, il s'avère que ce sont des éléments fondateurs et porteurs de sens qui auraient certainement mérité être repris.

Chaque groupe de travail s'est ensuite concentré sur ses objectifs et a développé ses projets, après validation par le bureau exécutif (ci-après, BE). Certains groupes ont été très actifs durant les trois ans du projet-pilote comme par exemple le GT Clinique, le GT RH et le GT Communication. Tandis que d'autres ont eu des périodes moins actives durant lesquelles ils se trouvaient en position d'attente d'une sollicitation de la part du BE. C'est le cas par exemple du GT Finances ou du GT Logistique.

Il est à relever également que toutes les dimensions⁷ n'ont pas pu être considérées avec la même intensité, la même priorité ou la même faisabilité. La dimension systémique, par exemple, fait référence non seulement à l'environnement régional dans lequel interagissent les institutions mais également à l'environnement cantonal qui détermine les orientations sanitaires. Ainsi, l'absence d'une volonté politique claire, dans le domaine de l'intégration des soins, a certainement eu des effets sur la capacité du projet-pilote de se déployer⁸.

Nonobstant, comme en témoignent les interviews⁹ réalisées et la volonté des institutions de partager leurs stratégies, **l'impact du projet-pilote sur la mise en cohérence du système régional est une réussite sur le plan de l'approche collective permettant certainement, à terme, d'envisager pour la région un gain d'efficience.**

2.4.2 Le changement de paradigme

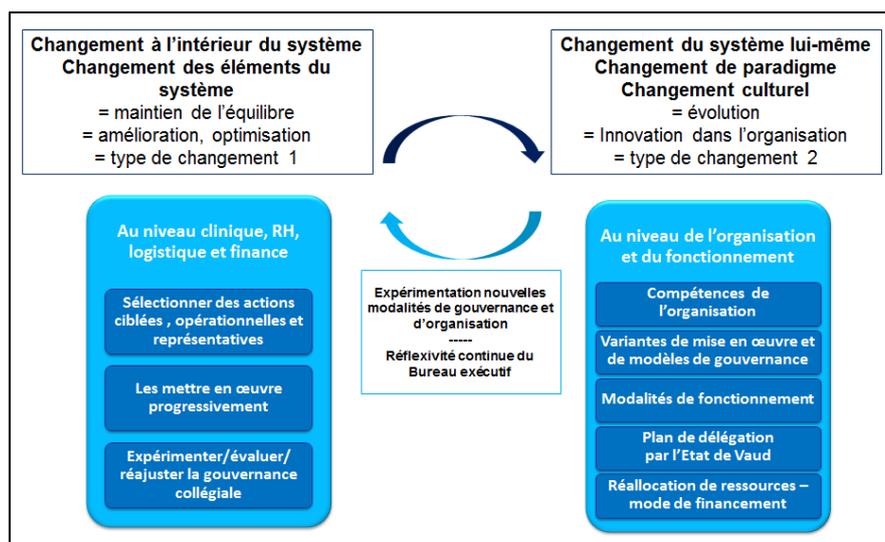
Les évolutions que le projet-pilote souhaitait explorer, à savoir les passages :

- d'un système axé sur la maladie vers un système valorisant la santé,
- de la responsabilité « patient-e » vers une responsabilité « populationnelle »
- de la fragmentation vers l'unité
- de la culture institutionnelle vers une culture réseau
- de la logique de concurrence à une logique de partenariat, de complémentarité
- de l'autonomie vers l'interdépendance
- d'un budget par mission vers un budget régional,

représentaient un changement de paradigme, de type culturel, qui pourrait être assimilé à un changement de type 2¹⁰, lequel correspond, non pas à un changement à l'intérieur du système qui favorise le maintien de l'équilibre par l'amélioration et l'optimisation, mais à une innovation ou une transformation de l'organisation.

La réalité du projet-pilote a montré qu'il s'agissait en réalité d'une dynamique circulaire entre des changements de type 1 et de type 2, selon le schéma ci-dessous :

Figure 1 : typologie de changements



⁷ Les cinq dimensions d'intégration, en référence au concept de AP Contandriopoulos, sont : soins et services, médicale, fonctionnelle, normative et systémique

⁸ « Il est difficile d'imaginer qu'un projet-pilote puisse fonctionner très longtemps et aller au bout de son potentiel d'innovation, si le reste du système de soins n'entre pas, lui-même, dans un processus général de transformation », Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N et al, « Intégration des soins : concept et mises en œuvre »

⁹ Court-métrage réalisé à l'issue du projet-pilote, disponible sur le site du RSNB

¹⁰ Kourilsky F, « Du désir au plaisir de changer, le coaching du changement », Collection: Stratégies et management, Dunod, 336 pages

Malgré une belle dynamique régionale, ces changements ou ces évolutions n'ont pas pu aboutir, comme ambitionné, à l'échelle de la région. Il faudrait pour l'envisager que la majorité des systèmes, et notamment celui qui détient l'autorité de mise en œuvre, tende dans cette direction.

Néanmoins, à plus petite échelle, deux projets d'organisation intégrée, s'inscrivant dans les évolutions encouragées, sont portés par les partenaires régionaux qui sont prêts, non seulement à partager une responsabilité collective, mais également à déléguer, voire céder des compétences « cloisonnées » au profit d'une approche globale favorisant la continuité des soins.

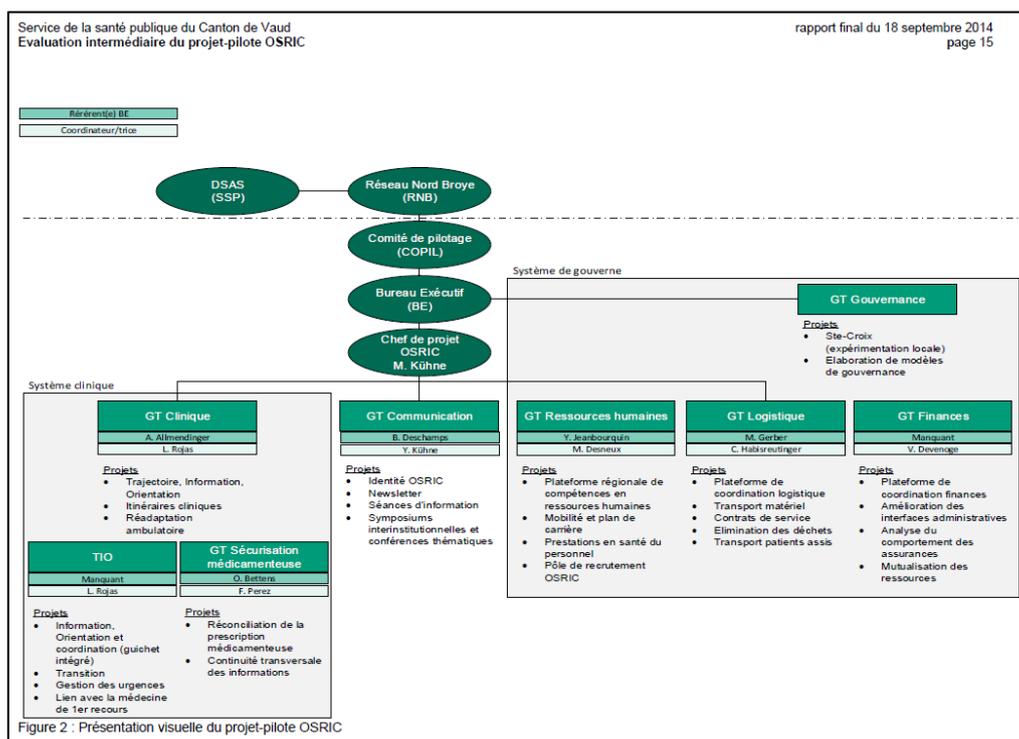
2.5 ORGANISATION DE PROJET

La démarche était souhaitée progressive, avec possibilité de réversibilité du processus engagé. La structure du projet-pilote OSRIC se voulait pragmatique, à savoir :

- Une organisation de projet représentative de la chaîne de soins,
- Une gouvernance à deux niveaux favorisant l'articulation entre la stratégie (Comité de pilotage) et l'opérationnel (Bureau Exécutif)
- Des groupes de travail composés des collaboratrices et des collaborateurs des institutions actives dans le projet-pilote

Le Comité de pilotage était présidé par le Président de l'association du RSNB (pour rappel, le mandant du projet-pilote était le comité du RSNB) et le Bureau Exécutif, sur désignation de ses membres, par le Directeur de l'ASPMAD.

Figure 2 : organisation du projet-pilote OSRIC



Les différents axes de travail, projets des systèmes énumérés dans la figure 2 ci-dessus, ont été priorisés suite à une démarche « diagnostique » interinstitutionnelle par domaine, laquelle s'est basée, d'une part, sur un partage des pratiques et, d'autre part, sur une identification des difficultés et des améliorations qui font sens commun.

3. DÉPLOIEMENT DES PROJETS (2012 – 2014)

Dans ce chapitre, sont décrites les actions menées par les différents groupes de travail, selon l'organisation de projet décrite à la figure 2, page précédente, entre l'année 2 et l'année 4 du projet, sachant que l'évaluation intermédiaire est intervenue en fin d'année 4 (2014) et que l'année 5 a permis de revoir l'organisation du projet et les priorités.

Bien que le terme déploiement soit évoqué, il s'est agi en réalité, durant ces années et en référence à la méthodologie « Hermes »¹¹, des phases d'initialisation et de conceptualisation dans la majorité des cas. Les réalisations seront reprises au chapitre 5.

3.1 SYSTÈME DE GOUVERNE

Comme vu précédemment, les projets se sont développés dans 4 domaines essentiellement et autour de 4 groupes de travail, à savoir : la gouvernance, les ressources humaines, la logistique et les finances.

3.1.1 Gouvernance

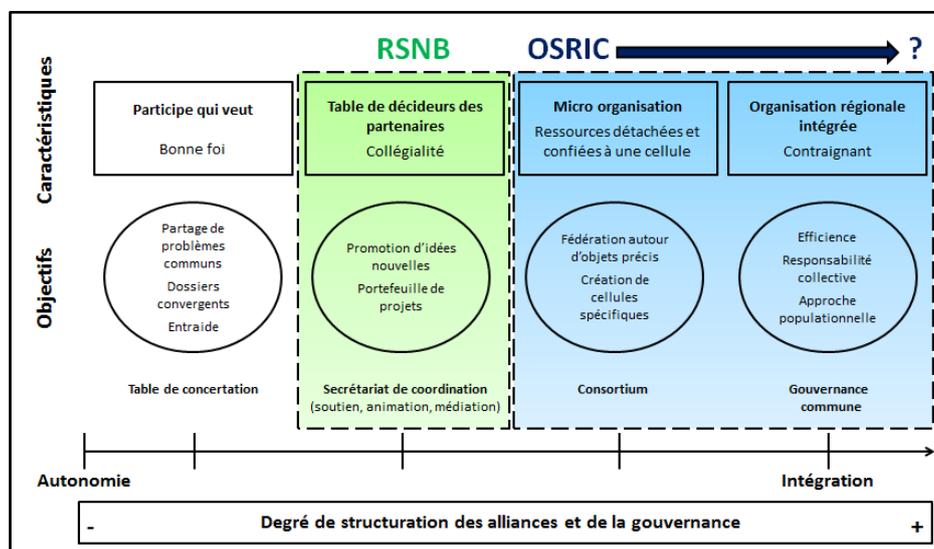
Sans surprise, cette thématique s'est avérée capitale pour les directions des institutions partenaires. Pas centrale, car le centre des préoccupations est, et doit rester, la population et les usagers et usagères du système de santé régional.

De nombreuses questions en lien avec l'autonomie des institutions, les contraintes, le pouvoir, les flux des ressources, les plus-values, etc. ont été soulevées et des zones critiques liées au projet-pilote sont inévitablement apparues :

- Structure de prise de décision (collégiale et consensuelle) fondée sur la bonne foi
- Pas de levier si postures opposantes
- Mal vu si « on » ne participe pas
- « On » joue le jeu tant que pas de risque
- Culture de l'indépendance dans un système interdépendant
- Risque d'échec si pas d'évolution vers une formule de prise de décision plus engageante, avec une structure d'arbitrage
- Motivation du bien commun (collectif) remise en cause au profit de la mission confiée (individuelle)
- Posture individuelle versus posture institutionnelle.

Face aux difficultés rencontrées survenues durant la 2^{ème} année, notamment liées à des postures institutionnelles (ou personnelles), différentes options se sont présentées, du sabotage du projet-pilote à la recherche d'une architecture de l'organisation qui corresponde mieux à la multiplicité des acteurs ou d'une approche à plus petite échelle qui permette d'expérimenter un modèle et des zones frictions. La question du positionnement du curseur, à l'image de la figure 3, ci-dessous était au cœur des débats.

Figure 3 : structuration des alliances



¹¹ Hermes : méthodologie de gestion de projet proposée par la Confédération, <http://www.hermes.admin.ch>

3.1.2 Ressources Humaines

Le capital humain représente incontestablement la première richesse des institutions de santé. Une attention particulière est ainsi portée par chaque service des ressources humaines au développement des compétences et au maintien des talents au sein son institution. Le domaine des ressources humaines peut-il ainsi s'inscrire également dans une logique coopérative, notamment dans un contexte de pénurie de personnel ? Peut-on contribuer à une coordination efficace et une planification concertée des ressources humaines au sein d'une région et favoriser les évolutions de carrières ?

9 thématiques principales ont été amenées à la direction du projet-pilote par le groupe de travail. Après concertation, 4 axes ont été priorisés :

- La constitution d'une plateforme RH transverse : favoriser la mutualisation des compétences, le partage de pratique et d'expertise entre les institutions, le développement de projets communs, une offre en conseils et une veille environnementale.
- Le développement des prestations de base en médecine du personnel : offrir une solution économique et flexible, afin de permettre aux institutions de répondre aux exigences légales en matière de médecine du personnel
- La mise en place d'une mobilité interinstitutionnelle : développer des conditions cadres de mobilité permettant de répondre aux fluctuations de l'activité par des échanges de personnel, offrir des perspectives de carrière interinstitutionnelle et répondre aux besoins de développement de compétences
- L'amélioration du processus de recrutement : augmenter l'efficacité par la mise en place de formations au recrutement, le partage d'outils, le développement d'une plateforme informatisée commune et faire face de manière coordonnée aux besoins croissants en personnel.

En 2013, le projet de prestations de base en médecine du personnel est passé en phase de réalisation et des conventions ont été signées avec 4 EMS partenaires en pilote du projet. L'offre est : visite d'établissement, création d'un dossier « Santé », entretiens de santé, mise à jour de la couverture vaccinale et visite médicale pour le travail de nuit. Un bilan sera réalisé après une année avec la perspective de créer une structure autonome.

3.1.3 Logistique

5 axes de travail ont été identifiés par la plateforme « logistique » :

- Mise en place d'une plateforme de coordination logistique
- Analyse et optimisation des transports de matériel
- Négociation de contrats de service
- Analyse de l'optimisation de l'élimination des déchets
- Analyse de l'optimisation des transports assis des patient·e·s / résident·e·s

4 études ont été menées, dont 3 n'ont pas abouti à des synergies concrètes.

3.1.4 Finances

Au niveau de l'approche financière, 4 axes ont été proposés :

- Mise en place d'une plateforme de coordination finances
- Amélioration des interfaces administratives pour plus d'efficacité
- Analyse du comportement des assurances et leur influence sur les revenus
- Mutualisation des ressources pour un financement régional et non institutionnel du réseau.

Parallèlement, la description des différents systèmes de financement ont amené les responsables financiers à poser les constats et réflexions suivants :

- Systèmes cloisonnés, liés aux institutions et non aux itinéraires cliniques des personnes, qui ne prennent pas suffisamment en compte l'intérêt des patient·e·s
- Cloisonnement entre les partenaires payeurs qui ne voient que leur propre participation financière plutôt que l'intérêt du ou de la patient·e ou l'efficacité globale de la prise en charge (pas de vision transverse ou « macro-économique »)
- Pression administrative et financière des payeurs sur chacun des prestataires : lourdeur des contrôles, déclassements administratifs, exigences sur les renseignements médicaux, etc...
- Pression des assureurs sur les soins à domicile si le coût de la prise en charge s'approche de celui de l'EMS (classes PLAISIR « légères »)

- Pour les EMS, les classes PLAISIR les plus légères ne sont pas incitatives car il n'est pas aisé d'adapter les effectifs et la qualification du personnel infirmier à ces prises en charge (risque de sur-dotation ou de surqualification)
- Risque de concurrence entre institution
- Pas d'organisation structurée avec les médecins traitant-e-s, la Justice de paix ou les services sociaux qui interviennent pourtant dans la chaîne de prestations et dans les coûts globaux
- Pas de moyens financiers à mettre en commun. La seule structure transverse co-financée à ce jour est le BRIO
- Peu d'autonomie quant à l'utilisation des résultats financiers positifs, compte tenu des directives cantonales ou de celles des organes faïtiers.

Fort de ces observations et des marges de manœuvre relativement limitées, la PF Finance s'est maintenue en statut de veille pour du soutien dans le cadre de projets spécifiques.

3.2 SYSTÈME CLINIQUE

Le système clinique représente le cœur de métier des institutions participantes au projet-pilote et doit focaliser le centre des actions.

Un groupe de travail, réunissant des directions des soins et des médecins, a initié ses travaux par un état des lieux des prestations existantes au sein de chaque institution et des prestations transverses existantes entre les différents partenaires. La démarche a fait ressortir que la région devait, d'une part, fournir une information adaptée aux besoins des professionnel-le-s et de la population et, d'autre part, poursuivre l'amélioration du tri et de l'orientation des urgences ainsi que la détection, la coordination et le suivi des situations en perte d'autonomie.

Après plusieurs ajustements, les travaux se sont finalement orientés autour de 4 pôles de travail intégrés dans le portefeuille du projet « Trajectoire, Information et Orientation (TIO) » :

1. Information, orientation, coordination et gestion de cas dont les objectifs étaient :
 - Assurer la bonne orientation et le suivi des demandes d'informations
 - Favoriser la détection des situations fragiles et/ou vulnérables
 - Assurer la continuité des soins des situations complexes et spécifiques
2. Transition, urgences et interfaces dont les objectifs étaient :
 - Diminuer l'engorgement des urgences et les hospitalisations inappropriées
 - Améliorer l'orientation et la liaison des situations d'urgences ne nécessitant pas une hospitalisation
 - Améliorer la réponse médicale des situations d'urgences non-hospitalières
3. Lien et soutien à la médecine de 1^{er} recours dont les objectifs étaient :
 - Renforcer les collaborations avec la médecine de 1^{er} recours
 - Assurer une réponse de proximité aux besoins de prise en charge médicale urgente de 1^{er} recours de la population
 - Contribuer à l'intégration des pratiques avancées
4. Réconciliation et sécurisation de la médication tout au long de la chaîne de soins dont les objectifs étaient :
 - Sécuriser le plan de traitement médicamenteux en disposant d'une liste complète et à jour du traitement
 - Réduire les erreurs médicamenteuses et leurs conséquences
 - Permettre aux soignant-e-s de consulter le plan de traitement et ainsi sécuriser la prescription
 - Permettre un meilleur contrôle des interactions médicamenteuses
 - Garder un historique complet et fiable des traitements.

Pour le pôle 1, les travaux se sont orientés, en collaboration avec le canton, sur l'expérimentation du concept « guichet intégré » au Balcon du Jura. L'intention était de tester, à l'aide de processus et d'outils communs, des accès de proximité à l'accueil (portes d'entrées du système), le dépistage des situations fragiles, l'information et à l'orientation vers la ressource adaptée. Dans ce cadre, la mise en place de la gestion de cas pour les situations complexes et spécifiques était également prévue.

Pour le pôle 2, la réflexion s'est rapidement portée dans 5 directions, à savoir : l'intégration de l'équipe mobile de l'ASPMAD au sein des urgences, le développement de l'offre en lits de transition (ou de court-séjour⁺⁺¹²), le changement des habitudes de prise en charge et la mise en place de nouvelles pratiques transverses au sein du service des urgences avec le renforcement de l'équipe médico-infirmière et, enfin, de porter la création d'une « maison de santé » à l'entrée des urgences.

Pour le pôle 3, les collaborations se sont intensifiées avec le programme ForOm et l'AMENOV. L'accent a été mis sur le renforcement des réponses de proximité et la volonté de soutenir le développement, en coopération avec les médecins installé-e-s, de permanences de médecine générale et de cabinets de groupe.

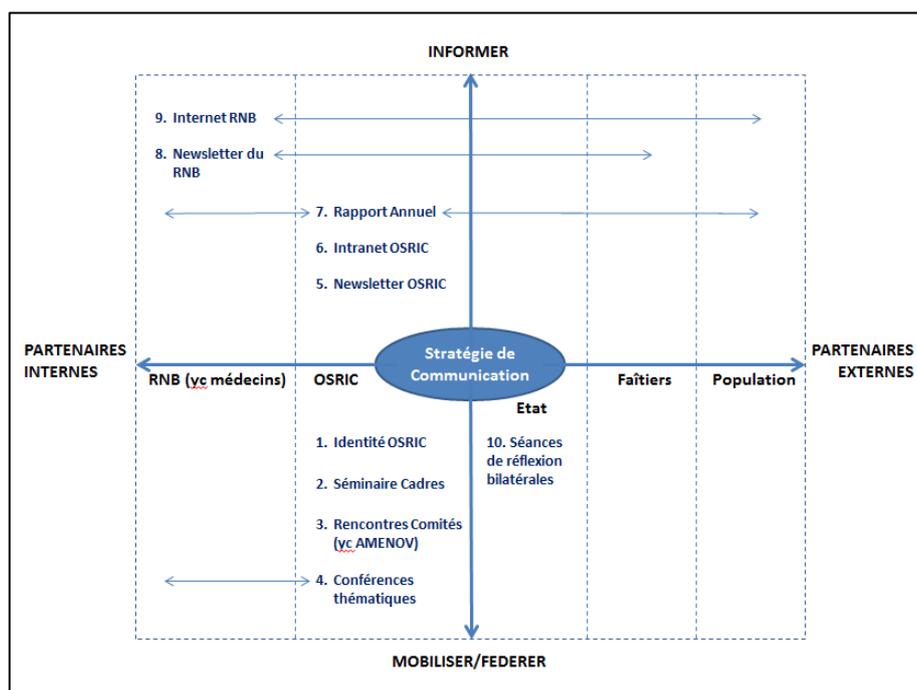
Pour le pôle 4, le choix a été fait d'expérimenter, sur un collectif de patient-e-s polymédiqué-e-s et ayant de multiples intervenant-e-s, la mise en œuvre d'un plan de traitement partagé qui repose sur la plateforme cybersanté vaudoise. Un groupe de coordination inter-corporation a été constitué pour assurer le suivi des travaux et les expertises métiers.

3.3 LES ACTIONS DE COMMUNICATION

Toute méthodologie de projet, à fortiori quand un changement de type 2 (cf. figure 1, page 6) se profile, comprend et s'appuie sur des actions de communication. Une cellule interinstitutionnelle de communication s'est ainsi constituée permettant à la fois de disposer de compétences et de relais à l'interne des institutions partenaires. Une approche de type « cross-media » est proposée (internet, newsletters, conférences thématiques, séminaires annuels, éventuellement films, ...) pour atteindre les objectifs de 1) informer et 2) mobiliser et fédérer tant les partenaires internes qu'externes.

La figure 4, ci-dessous, représente les différents moyens proposés en fonction, en abscisse, des publics cibles et, en ordonnée, des objectifs.

Figure 4 : stratégie de communication



La première action, comme indiqué, aura été de concevoir une identité graphique qui reflète le langage et les intentions que souhaitait promouvoir le projet-pilote, à savoir :

- L'esprit de complémentarité
- La logique de continuité des soins, de coordination et d'intégration
- L'efficacité et l'efficience
- La communication, le lien, la connexion
- La trajectoire, le parcours



¹² La référence à l'appellation de court-séjour⁺⁺ renvoie à des questions relatives au renforcement des prestations pour permettre un accueil qui évite une hospitalisation ou réduit la durée de séjour d'une hospitalisation lorsque le plateau technique n'est plus nécessaire. Le RSNB ne dispose actuellement pas d'une unité ou d'un site suffisamment doté pour travailler des flux réguliers.

4. BILAN INTERMÉDIAIRE ET ÉVOLUTION (2014 – 2015)

Une évaluation intermédiaire, prévue dans le cadre de cette phase pilote, a été réalisée par la société Socialdesign sur un mandat conjoint du Service de la Santé Publique (SSP) et des membres du projet-pilote OSRIC. Le rapport final a été transmis aux mandants le 18 septembre 2014. Il est disponible sur le site du RSNB.

L'évaluation se voulait « formative, c'est-à-dire qu'elle vise avant tout un processus d'apprentissage avec la livraison de pistes permettant la mise en place d'actions correctives en vue d'implémenter des améliorations pour la poursuite du projet ».

4.1 BILAN INTERMÉDIAIRE (2014)

4.1.1 Objectifs et méthode

Les objectifs de l'évaluation intermédiaire étaient, d'une part, de générer des connaissances pratiques et des informations pour une prise de décision quant à la suite du projet-pilote et, d'autre part, de formuler des recommandations et des pistes d'amélioration.

Au niveau méthodologique, l'évaluation se base sur le modèle d'impact prenant en compte 3 niveaux d'analyse, à savoir : la structure et les processus du projet (input), les prestations et activités réalisées dans le cadre du projet-pilote (output) et les résultats du projet en fonction des objectifs (outcome).

L'évaluation s'est déroulée sur la base d'entrevues individuelles et de groupes, et par le biais d'une analyse documentaire. La consultation s'est limitée aux acteurs du projet-pilote, compte tenu des objectifs du bilan.

4.1.2 Constats

Faiblesses observées	Forces observées
Fragilisation des relations au sein du réseau entre adhérents au projet et non adhérents	Mise en commun des connaissances, « diagnostics » communs, partage d'expériences
Manque d'implication et de vision commune au niveau stratégique du projet	Rapprochement entre les institutions et leurs représentant-e-s, développement de synergies
Faible interface avec le Service de la Santé Publique	Renforcement de la culture commune, du langage commun
Position institutionnelle versus position individuelle	Collaboration fructueuse dans les GT
Insécurité des acteurs terrains quant à la suite du projet	Richesse et diversité des projets menés -> rôle incubateur du projet-pilote
Confusion entre OSRIC et RSNB Double fonction du Secrétaire Général	Les objectifs des différents GT sont atteints ou en progression avec des réalisations concrètes en perspective
Atteinte partielle de l'objectif de conception de modèles d'organisation intégrée	
Retard dans l'expérimentation d'une gouvernance commune	

4.1.3 Recommandations

Sur la base de leurs observations et des différentes appréciations récoltées, le mandataire **propose de maintenir les objectifs globaux du projet-pilote**, qui sont jugés pertinents, en mettant néanmoins l'accent sur la concrétisation de résultats. Diverses autres propositions sont suggérées pour la dernière année du projet-pilote :

- Maintenir le haut degré de motivation des acteurs au niveau opérationnel
- Renforcer le niveau stratégique du projet (implication du Copil)
- Obtenir une position claire du SSP quant à l'avenir d'OSRIC (réduire l'incertitude)
- Clarifier la différence (ou non-différence) entre le RSNB et OSRIC
- Revisiter le fonctionnement du bureau exécutif et le processus de décision
- Renforcer la documentation, le controlling et le processus de communication

Le mandataire relevait en conclusion que la présente évaluation intermédiaire a servi à fournir une appréciation quant aux structures et processus du projet-pilote OSRIC, et a accordé une moindre importance à l'évaluation des résultats obtenus.

4.2 RÉORIENTATION ET RÉORGANISATION DU PROJET-PILOTE (2015)

En 2015, le constat suivant est fait : le Réseau Santé Nord Broye, dans son ensemble, n'évoluera pas vers l'organisation régionale intégrée qui était entrevue en 2011. Nonobstant, s'appuyant sur les différents éléments de l'évaluation intermédiaire et des acquis des 4 premières années du projet-pilote, les membres adhérents ont confirmé leur intention de travailler collectivement pour :

- tester des modèles organisationnels intégrés et de nouveaux mécanismes de financement
- concentrer leurs efforts sur les projets cliniques communs (TIO et Gériatrie régionale¹³)

Les partenaires ont ainsi proposé, dès 2015, une réorientation et une réorganisation du projet-pilote basées sur un objectif commun et une volonté partagée.

4.2.1 Objectif commun

- Assurer à chacun-e un accompagnement bio-psycho-socio-culturel et spirituel personnalisé, cohérent, fluide et coordonné au travers de son parcours de santé.

4.2.2 Volonté partagée

- Partager les stratégies institutionnelles et élaborer une stratégie commune centrée sur les besoins de toute la population de la région. Les stratégies des différentes institutions adhérentes y sont subordonnées.

4.2.3 Tâches du Comité « stratégie partagée »

- Elaborer une stratégie régionale commune (2018)
 - Analyse commune des stratégies existantes
 - Trouver un accord sur le rôle, les responsabilités et les prestations de chaque institution
- Piloter les projets «TIO» et «Gériatrie régionale»
- Superviser les projets au Balcon du Jura (démarrage mi 2015) et à la Vallée de Joux (démarrage à déterminer).

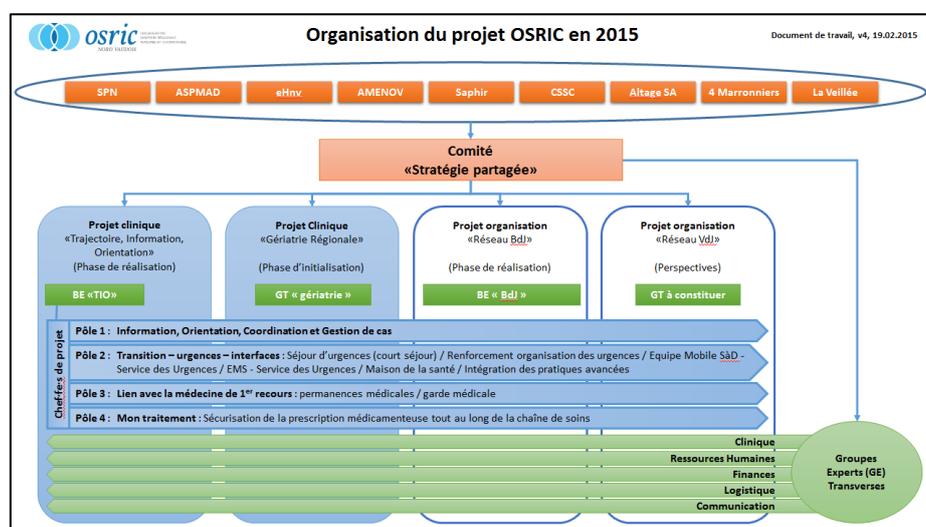
4.2.4 Nouvelle organisation du projet

Les institutions et associations membres d'OSRIC se sont réorganisées pour constituer un comité «stratégie partagée». Elles sont représentées dans le comité à condition qu'elles soient d'accord d'adhérer à une stratégie partagée.

Enfin, pour suivre la recommandation de l'évaluation intermédiaire et pour des questions de clarification, le Secrétaire Général du RNSB a remis son mandat de Chef de projet OSRIC pour intégrer le comité « stratégie partagée » dans le cadre de sa fonction première.

La figure 5, ci-dessous, illustre la nouvelle organisation qui met l'accent sur 2 projets « clinique » et 2 projets « organisation intégrée ».

Figure 5 : organisation du projet-pilote en 2015



¹³ Le projet « Gériatrie régionale » a été initié en janvier 2015. L'intention est de revisiter la coordination et la prise en charge gériatrique, dans le but d'améliorer la qualité et la continuité des soins (patient-e-s, résident-e-s et proches aidant-e-s)

5. LES RÉSULTATS (2015)

La démarche du projet-pilote OSRIC a suscité régionalement une dynamique intéressante qui a créé le débat, avec certains clivages, notamment au sein du groupe des EMS. Si elle a pu resserrer et renforcer les coopérations des partenaires impliqués, elle n'a en revanche pas pu, ou su, attirer dans son filet, ou plutôt dans sa toile, les membres défavorables à cette approche. Non pas que ces derniers aient été ou soient défavorables au « travail en réseau ». C'était surtout pour des questions de perte d'autonomie ou liées au concept d'intégration, souvent perçu comme la première étape d'un processus de fusion.

Nonobstant ces considérations et ces difficultés, le projet-pilote OSRIC a pu initier, concevoir ou concrétiser de nombreuses démarches, parfois avec des réalisations tangibles, parfois avec la pose de premiers jalons ou parfois avec des actions sans-suite. Dans ce chapitre, une synthèse des réalisations probantes et des chantiers ouverts sont proposés (état au 31 décembre 2015).

5.1 LES RÉALISATIONS

5.1.1 Le Système de gouverne

Modèles d'organisation et de gouvernance

Tenant compte des éléments évoqués précédemment au point 3.1.1, le GT « gouvernance », constitué par une délégation du Bureau Exécutif, a élaboré, dans un premier temps, différents scénarii et des modèles d'organisations régionales qui tiennent compte notamment du concept de base du projet (systémique et intégrateur), de la réalité institutionnelle (forte densité d'acteurs) et du territoire (une région de plaine rurale et semi-urbaine et deux régions de moyenne montagne). Dans un deuxième temps, il a proposé deux pistes de réalisation pour l'expérimentation :

- a. L'une orientée sur une micro-organisation, à savoir le dispositif intégré TIO lequel devrait prendre corps dans le cadre du projet « maison de santé » (cf. point 5.2.2 ci-après)
- b. L'autre orientée sur une organisation intégrée proposant l'ensemble de la chaîne de prestations, dans un périmètre plus restreint, à savoir au Balcon du Jura (cf. point ci-dessous).

Mise en place d'une organisation intégrée au Balcon du Jura

Répondant favorablement à la sollicitation et aux propositions du projet-pilote OSRIC, le Centre de Soins et de Santé Communautaire a initié sa mue par un nouveau plan stratégique¹⁴ lequel propose une approche intégrée de l'ensemble de la chaîne de prestations locales, en s'appuyant sur le modèle organisationnel proposé par le projet-pilote OSRIC.

En 2015, une nouvelle appellation « Réseau Santé du Balcon du Jura » a été approuvée et les directions de l'ASPMAD et du SPN ont intégré le Conseil d'administration. Parallèlement, 3 projets cliniques, de portée transverse, se mettaient en place avec les professionnel-le-s des différentes institutions pour améliorer les coopérations et la continuité des soins.

L'objectif sera d'expérimenter, dès 2016 et à l'échelle locale, une coopération inter-partenaire intégrée, de nouveaux modèles de financement et la coordination des soins et des services au niveau clinique.

Médecine du Personnel et Santé au Travail (Ressources Humaines)

Après une initialisation par des partenaires du RSNB, une conceptualisation par la Plateforme RH du projet-pilote OSRIC et une réalisation du projet à nouveau sous l'égide du RSNB, une société anonyme a finalement été créée par les partenaires pour déployer les prestations de base en médecine du personnel et proposer des prestations de Santé du travail. Il s'agit du Centre Régional de Santé au Travail (CRST).

Mobilité interinstitutionnelle (Ressources Humaines)

Un accord de partenariat relatif à la mobilité du personnel entre les institutions a été élaboré et signé entre les partenaires, permettant de réaliser les échanges de personnel. A ce jour, seulement 2 collaboratrices ont bénéficié de cet accord. Dans le cadre d'une baisse d'activité, ces personnes ont pu travailler chez un partenaire, ce qui a permis d'éviter des licenciements. C'est peu pour l'instant, mais c'est convaincant !

¹⁴ Le plan stratégique du « Réseau santé Balcon du Jura » et la fiche de projet sont disponibles sur le site du RSNB à l'adresse : <https://www.reseau-sante-nord-broye.ch/osric>

Optimisation des transports assis (Logistique)

L'analyse de l'optimisation des transports assis a permis de déterminer des pistes de réflexion pour l'optimisation des transports assis. Si des solutions n'ont pas pu être réalisées, des coopérations entre certaines institutions et le service de Transports des personnes à Mobilité Réduite (TMR) Nord vaudois ont pu être développées, notamment pour les transferts entre institutions.

5.1.2 Les actions de communication

Création d'une newsletter

9 numéros ont été diffusés par voie électronique auprès des collaboratrices et des collaborateurs des institutions partenaires du projet-pilote. Outre des informations générales sur l'avancement du projet-pilote, des thématiques spécifiques ont pu être abordées (Ressources Humaines, TIO, Mon traitement).

Un site intranet a également été développé pour mettre à la disposition des professionnel-le-s la documentation en lien avec le projet-pilote et différents articles y relatifs.

Séminaires Inter-cadres

4 séminaires ont été organisés et ont chaque fois réuni entre 80 et 100 collaboratrices et collaborateurs. Les sujets traités de manière interactive étaient :

- 30.06.2011 : Quand une utopie devient une chance à saisir – initialisation du projet OSRIC
- 03.10.2013 : Réseau de soins intégrés : de la théorie à l'action pratique, vers un système de santé connecté
- 12.03.2015 : Bilan intermédiaire et perspectives
- 14.04.2016 : Les interactions fortes – clôture du projet OSRIC

Lors du dernier séminaire, une synthèse des réalisations a pu être restituée et un court métrage, sous forme de questions à des professionnel-le-s, a été projeté¹⁵.

Conférences thématiques

Dans le cadre du projet-pilote, avec l'intention de sensibiliser les professionnel-le-s aux différents enjeux qui attendent le système sanitaire, 4 premières conférences ont été organisées au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois :

- 15.03.2012 : Sensibilisation aux itinéraires cliniques, par la Dre Anne-Claude Griesser
- 07.06.2012 : Vieillesse et Santé, par Mme Eliane Deschamps et le Pr Christophe Bula
- 04.10.2012 : Stratégie de la cybersanté vaudoise, par M. Serge Bignens
- 18.04.2013 : Présentation du programme ForOm Nord vaudois, par Dr Olivier Pasche

L'évolution du système de santé conduit également à l'émergence de nouveaux modes de pratiques professionnelles, fondés sur la réorganisation des prises en charge et sur une collaboration interdisciplinaire accrue, laquelle remodèle les contours des rôles de chaque acteur et actrice.

Un cycle de trois conférences a ainsi été organisé pour présenter des solutions déjà expérimentées qui ont modifié l'éventail des qualifications du personnel de santé impliqué, en vue d'assurer une production optimale de soins, compte tenu des ressources et des priorités sanitaires :

- 25.09.2014 : Expérience de délégation de compétences au Secteur Psychiatrique Nord (SPN), par la Dre Caci, le Dr Didisheim, M. Vincent Schneebeili
- 13.11.2014 : Expérience menée dans le cadre des pratiques infirmières avancées : au cœur de la collaboration, par la Pre Diane Morin
- 29.01.2015 : Expériences pratiques menées dans les EMS et les CMS
 - Exemple à la Fondation Saphir, par Mme Fabienne Zaug
 - Exemple à l'ASPMAD, par Mme Ana Dias et Mme Suzanne Groux

Chacune de ces conférences a attiré entre 40 et 85 personnes.

¹⁵ Le court métrage et les présentations sont disponibles sur le site du rsnb à l'adresse : <https://www.reseau-sante-nord-broye.ch/osric>

5.1.3 Le système clinique

Projet « guichet intégré »

Durant la période du 7 juillet au 31 mars 2015, le projet « guichet intégré » a été conduit dans la région du Balcon du Jura¹⁶. Comme mentionné dans le rapport, les objectifs prévoyaient de tester l'ensemble du processus, à savoir depuis la réception de la demande jusqu'à l'accompagnement des cas complexes. A mesure de l'avancement des travaux cantonaux et des expériences du terrain, le processus s'est scindé en 3 parties : séquence 1 « accueil, repérage, adressage », séquence 2 « évaluation », séquence 3 « coordination ». Seule la séquence 1 a pu être testée ; les autres séquences faisaient l'objet d'études au niveau cantonal.

108 demandes ont été recensées sur la période. Un guide d'entretien, permettant d'explorer 5 dimensions¹⁷ et de détecter la fragilité lors de l'accueil téléphonique, a été utilisé dans 56% des cas. **28 situations avec 3 dimensions « touchées » ont été identifiées à risque** et orientées vers les partenaires, sans en assurer le suivi dans le cadre du projet.

Les outils testés (formulaire de demande, guide d'entretien et référentiel) ont été jugés trop complexes à l'utilisation et mériteraient d'être simplifiés. L'absence d'un logiciel de suivi de la demande et la double saisie ont également pénalisé le bon déroulement du test. D'autres recommandations sont également proposées dans le rapport final du projet. En outre, il est relevé l'impact négatif qu'a eu sur ce projet le « grand écart » qu'il a constamment fallu faire entre les directives du SSP, qui menait sa propre réflexion dans le cadre du programme « Vieillesse et Santé », et les besoins exprimés dans le terrain.

Ainsi, à l'issue du projet, les partenaires du projet-pilote OSRIC souhaitaient s'orienter vers la création d'un numéro unique d'information médico-sociale qui s'appuierait, d'une part, sur le call center de l'ASPMAD et, d'autre part, sur les compétences des infirmiers et des infirmières des CMS et du Brio. Un outil de détection de la fragilité, simple et rapide d'utilisation, devrait le cas échéant accompagner cette démarche. D'entente avec le Service de la Santé Publique, la réalisation du projet de numéro unique a été suspendue et le processus de détection, évaluation et coordination (déploiement de la gestion de cas) a été repris dans le cadre du projet de « Gériatrie régionale ».

Permanence de médecine générale à Orbe

Suite à l'annonce de la fermeture de la polyclinique d'Orbe en mars 2014 et à la réaction des autorités communales, les partenaires régionaux se sont mobilisés sous l'impulsion de la Commune d'Orbe. Le groupe de travail constitué a proposé non seulement la conservation d'une réponse de type « permanence » pour Orbe et sa région, mais également la consolidation de l'offre en médecine générale et l'appui à la relève médicale, notamment dans le cadre de la collaboration avec le programme ForOm Nord vaudois.

Ainsi, un cabinet de groupe avec 3 jeunes médecins de la région, faisant également office de permanence médicale, a pris la succession de la polyclinique en 2015.

A travers ces différentes démarches, les liens avec le programme ForOm NV se sont développés et renforcés.

Il est à relever qu'un projet similaire se profile également à Cossonay.

Intégration de l'équipe mobile CMS aux urgences et collaboration avec les EMS

Les perspectives d'intégration de l'équipe mobile des soins à domicile au sein des urgences ont été confirmées par les directions respectives. Des collaborations sont d'ores et déjà effectives pour des retours à domicile. Des protocoles ont été mis en place, tels que l'antibiothérapie et le traitement des plaies. A fin décembre 2015, **655 consultations ont été réalisées et 114 patient·e·s ont été vu·e·s.**

« D'un point de vue médical, un véritable changement d'optique est constaté. Médecins et infirmiers réalisent les plus-values indéniables que représente cette collaboration, dans l'optimisation de la continuité des soins 24h/24h entre le domicile et l'hôpital ainsi que dans la limitation des hospitalisations inappropriées depuis les urgences des eHnv », témoigne le Dr Julien Ombelli, médecin chef du service des urgences aux eHnv.

Les réflexions entre le service des urgences et les EMS ont également été initiées. L'accent porte sur les modalités de collaboration permettant d'éviter un transfert aux urgences par le renforcement de compétences

¹⁶ Le rapport de projet et les résultats peuvent être consultés ou téléchargés sur le site du RSNB à l'adresse : <https://www.reseau-sante-nord-broye.ch/osric>

¹⁷ 5 dimensions explorées : santé, indépendance fonctionnelle, aspects familiaux et sociaux, aspects économiques et administratifs, environnement et sécurité individuelle

sur le lieu de vie, fourni par exemple par l'équipe mobile de soins à domicile. La question des directives anticipées est aussi abordée.

Missions médicales générales aux urgences et dépistage de la fragilité

L'engagement fin 2014 d'une cheffe de clinique « extensiviste » au service des urgences a permis de renforcer, d'une part, l'organisation transverse au service des urgences et la prise en charge des situations de médecine générale et, d'autre part, la collaboration avec le CPNVD. **Plus de 150 consultations ont été réalisées au CPNVD et plus de 200 personnes ont été vues dans les autres services des eHnv.**

Parallèlement, dans le cadre d'un Master en science infirmière, financé par le projet-pilote, une étude relative à la faisabilité du dépistage de la fragilité aux urgences, au moment du triage, a été menée ; l'objectif étant d'optimiser l'orientation et la prise en charge de ces personnes lors de l'entrée dans le système de soins par les urgences¹⁸.

Déploiement du plan de médication partagé « projet Mon traitement »

Le choix s'est porté sur la plateforme Vivates, envisagée par le Service de la Santé Publique pour le déploiement de la politique eHealth du canton de Vaud. Cette plateforme est gérée par le partenaire de confiance « La Poste ».

A fin 2015, 33 patient.e.s ont été recruté.e.s, 13 médecins de famille, 6 pharmacies et 6 institutions sont inscrits et collaborent au test de la plateforme.

Le projet a démontré que tou-te-s les professionnel-le-s ont une grande attente concernant un plan de médication partagé et qu'ils et elles sont, dans l'ensemble, très favorables à son déploiement.

En considérant le nombre de patient.e-s du collectif (attendu 50, réalisé 33), aucun indicateur clinique n'a pu être mesuré ; le collectif n'étant pas suffisant pour être significatif.

Le projet a permis de démontrer que la collaboration des intervenant.e-s autour d'un plan de médication partagé est faisable et même fortement demandée, voire attendue par les patient.e-s et les professionnel-le-s. Il a en outre pu mettre en évidence certaines conditions nécessaires, accompagnées des processus et des outils requis, pour un déploiement dans l'ensemble du canton¹⁹.

Au 1^{er} janvier 2016, le projet « Mon traitement » est intégré dans le projet cantonal du déploiement du DEP VD « Plan de médication partagé ».

5.2 LES CHANTIERS OUVERTS

5.2.1 Gériatrie régionale

Les acteurs et les actrices de la santé du projet-pilote OSRIC ont exprimé la volonté d'améliorer la coordination gériatrique régionale dans le but de renforcer la qualité de la prise en charge pour les personnes âgées et leur entourage. La réflexion a associé les gériatres régionaux, un médecin de 1^{er} recours et les responsables des soins et des programmes des institutions partenaires. La dynamique créée et les processus envisagés sont des éléments assurément forts pour une adaptation cohérente et coordonnée de la prise en charge gériatrique dans le Nord vaudois et dans la Broye²⁰.

En 2016, les travaux se concentreront sur les différents axes identifiés : médecine de 1^{er} recours, EMS/SAMS, Centre communautaire (processus de détection, d'évaluation et de coordination), adaptation de l'hôpital de soins aigus et coordination générale.

5.2.2 Maison de la Santé

Les réflexions conjointes menées sur la construction d'une Maison de Santé « adossée » aux urgences de l'Hôpital d'Yverdon-les-Bains font écho à l'évolution du monde de la santé et au changement de mentalité lié à la consommation de soins. Ce lieu pourrait être un point de convergence des partenaires permettant d'améliorer la réponse à l'urgence, à la crise et à la transition.

¹⁸ Le travail de mémoire, réalisé par Brigitte Kauz, sera finalisé à mi-2016

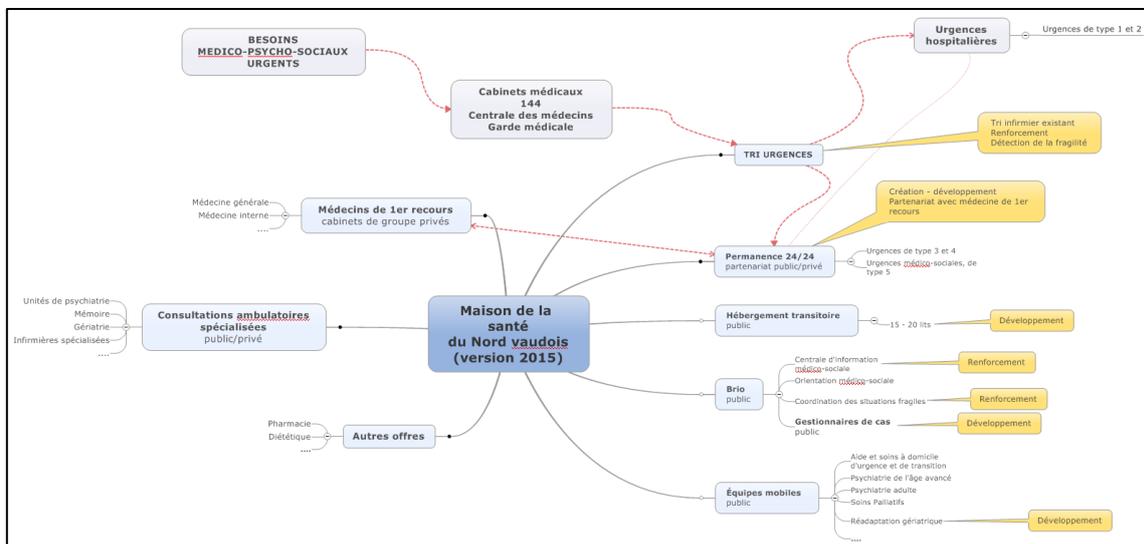
¹⁹ Le rapport final du projet « Mon traitement » est disponible sur le site du RSNB à l'adresse : <https://www.reseau-sante-nord-broye.ch/osric>

²⁰ Le rapport sur la Gériatrie régionale, état à fin 2015, est disponible sur le site du RSNB à l'adresse : <https://www.reseau-sante-nord-broye.ch/osric>

Ce bâtiment permettrait notamment de regrouper, dans un même lieu, du tri et de l'orientation, de la médecine de premier recours (permanence, cabinet de groupe), les équipes mobiles régionales, les consultations spécialisées (gériatrie, psychiatrie de liaison, soins palliatifs, ...).

La figure 6, ci-dessous, représente est une première ébauche des prestations et des flux, état des réflexions mi-2015. L'élaboration du concept de la Maison de la Santé a été différée suite à une absence de longue durée d'une collaboratrice. Les travaux seront repris dès janvier 2016.

Figure 6 : première ébauche de la « Maison de Santé » et des liens avec les urgences



5.2.3 Organisation sanitaire à la Vallée de Joux

Durant le dernier trimestre 2015, les eHnv ont interpellé les partenaires du projet-pilote OSRIC afin d'initier une réflexion à la Vallée de Joux, en collaboration avec les communes de L'Abbaye, Le Chenit et Le Lieu, pour proposer une organisation de santé qui permette de répondre aux besoins de la population en matière de médecine de 1^{er} recours, de soins ambulatoires et communautaires, de maintien à domicile (y compris les SAMS) et d'hébergement (court et long séjour).

Les travaux débiteront en 2016. Le modèle devrait s'appuyer sur les projets menés dans les régions du Balcon du Jura et de Château d'Oex. Ils se baseront également sur les travaux du Pr Yves Eggli, réalisés entre 2013 et 2014.

6. CONCLUSION

6.1 DISCUSSION

Objectif 1 : Expérimenter la mise en œuvre d'une organisation intégrée et coordonnée comme évolution possible du réseau

Il a été relevé, à la suite de l'évaluation intermédiaire, que le RSNB n'évoluera pas vers une organisation intégrée et coordonnée unique résultant du regroupement des institutions actuelles. Si l'expérimentation a bel et bien eu lieu avec des perspectives locales très intéressantes, l'hypothèse précitée est rapidement apparue comme difficilement envisageable, d'une part, dans une région à forte densité d'acteurs et, d'autre part notamment, en l'absence, tel que cela a pu être observé durant le projet-pilote, d'une *politique déterminée, contraignante et responsabilisante* dans le domaine de l'intégration et de la coordination des services.

La coopération, au-delà d'intérêts propres, n'est pas un mouvement naturel. L'expérience menée dans le cadre de ce projet-pilote tend à confirmer que, pour aller au bout des intentions qui visent notamment l'intérêt général et la transformation d'un système – en l'occurrence le système de santé – devenu interdépendant, il est illusoire de se reposer uniquement sur le bon vouloir.

De l'expérience sont également ressorties deux difficultés liées :

- au rattachement cantonal de certaines institutions membres du projet, limitant l'autonomie ou les possibilités de favoriser des réallocations de ressources en fonction de besoins régionaux
- à l'absence d'un cadre cantonal permettant d'investir des moyens en fonction d'une stratégie régionale ou compte tenu de ressources plus réduites du dispositif régional dans un domaine spécifique (nombre de lits C par habitant de + 65 ans par exemple).

Malgré ces constats, les rencontres du Bureau Exécutif ont permis, par leur fréquence (80 durant les 5 ans, soit 1.3 réunions par mois en moyenne), d'encourager les réflexions communes et la connaissance mutuelle et, par le partage des stratégies, de renforcer la pensée systémique et la responsabilité collective des directions régionales, créant ainsi une dynamique vertueuse.

Objectif 2 : Choisir des mesures favorisant une prise en charge globale des usagers et des usagères, fixer leurs modalités de mise en œuvre et les réaliser afin d'expérimenter une gouvernance collégiale

La mise en place de mesures cliniques visait, en référence à la figure 3 page 8 du degré de structuration des alliances ou de la gouvernance, plus spécifiquement :

- la promotion d'idées nouvelles et la gestion d'un portefeuille de projets
- la fédération autour d'objets/dispositifs communs avec la création de cellules spécifiques.

Si ces deux niveaux sont expérimentés dans le cadre actuel des Réseaux Santé Vaud, la volonté était de renforcer l'exercice de la responsabilité collective et la mobilisation de ressources transverses par l'implication des équipes de cadres « cliniques ».

Les perspectives à venir, issues des projets « Trajectoire, information, orientation » et « Gériatrie régionale », témoignent de l'évolution et de la responsabilisation des cadres dans le développement coordonné de réponses cliniques, déterminées par un diagnostic commun et concertation entre partenaires en lien avec une trajectoire de soins des usagers et des usagères.

Objectif 3 : Déterminer et mettre en œuvre des actions favorisant les synergies, les coopérations et le partage des compétences dans les domaines de la gestion, des services financiers, logistiques et des ressources humaines.

Contrairement au domaine clinique, où la pratique collaborative entre partenaires est expérimentée dans le suivi des situations, les domaines de gestion étaient moins aguerris aux collaborations interinstitutionnelles. L'entraide et le partage de problèmes communs autour de dossiers convergents ont ainsi représenté les premières approches. Rapidement néanmoins, notamment au niveau des ressources humaines, des degrés supérieurs de structuration des alliances et de la gouvernance ont pris forme autour de projets collectifs (convention de mobilité) et de création d'organisation (CRST).

Ces réalisations attestent du chemin parcouru et de la richesse des apprentissages dans le « travailler ensemble », que cela soit à travers le décroisement, le renforcement des liens ou la meilleure connaissance des un·e·s et des autres et de leur environnement.

6.2 QUELQUES RECOMMANDATIONS

L'expérience a permis de tirer certains enseignements qui peuvent être exprimés en termes de recommandations, notamment en cas d'une solide volonté ou intention d'initier des démarches ou de poursuivre dans le sens de l'intégration et la coordination des soins/services.

1. Déterminer collectivement des valeurs de référence et des principes fondateurs²¹

Cette démarche permet de mettre en phase et en lien l'ensemble des acteurs et des actrices impliqué-e-s dans la construction d'une organisation régionale intégrée. Elle permet d'en donner le sens et de mettre l'accent sur les engagements souhaités, ainsi que sur l'orientation des actions et des projets, en favorisant l'articulation entre les systèmes de « gouverne » et « clinique ».

Il est ainsi primordial que les valeurs et les principes définis collectivement soient portés et véhiculés à l'interne de chaque institution (alignement institutionnel et collectif).

2. Respecter les limites, les spécificités et l'autonomie des institutions

Cette question reste centrale et les règles du jeu doivent être établies, qui déterminent notamment les processus décisionnels, l'autonomie et les contraintes. Une attention particulière devra néanmoins être portée au fait qu'autonomie ne veut pas dire indépendance, dans un contexte d'interdépendance.

Quant à des modifications structurelles, dans le cadre légal actuel, l'expérience a montré qu'elles peuvent se prêter à des régions à faible densité d'acteurs (Balcon du Jura ou Vallée de Joux par exemple).

3. Partager les stratégies institutionnelles et élaborer une stratégie régionale

Les modifications de l'organisation régionale dans le sens d'une amélioration de la continuité des soins, dans les régions à forte densité d'acteurs, sont envisageables mais reposent clairement sur un engagement de partager sa stratégie institutionnelle et de se responsabiliser au niveau collectif par l'élaboration d'une stratégie régionale.

4. Renforcer l'implication des partenaires dans la responsabilité collective et la régulation régionale (gouvernance régionale)

Toutes les réalisations ont confirmé le bénéfice d'impliquer les directions des institutions dans une gouvernance commune à même de faire progresser des projets d'intérêt général. En outre, cette implication permet clairement de favoriser une pensée systémique régionale laquelle met en relation plusieurs environnements, certes diversifiés mais inéluctablement de plus en plus imbriqués.

Et, pour autant que des compétences lui soient données (cf. point suivant) et que la démarche soit engageante, cette approche participative permet assurément de faciliter l'alignement des actions et la régulation régionale.

5. Renforcer la capacité de décider et d'allouer des ressources régionalement (autonomie et délégation régionales de compétences)

Pour favoriser le suivi de la trajectoire ou une allocation des ressources en fonction des besoins des usagers ou des usagères, la proximité décisionnelle et la capacité d'investir ou de réallouer collectivement des moyens sont certainement deux conditions *sine qua non*. L'autonomie régionale, là où l'interdépendance s'opère, et la délégation régionale de compétences devraient être deux mesures promues et soutenues.

6. Disposer d'une vision politique claire des orientations souhaitées

Si un changement de paradigme, tel que décrit au point 2.4.2 est souhaité, Il est alors nécessaire que la politique propose une vision claire des orientations du système de santé (détermination), fixe des objectifs collectifs et des cibles précises (contraintes communes) et garantisse des conditions cadres qui favorisent une approche populationnelle, orientée santé, et non plus uniquement individuelle, orientée soins (responsabilisation populationnelle).

²¹ Pour le projet-pilote OSRIC, les valeurs de référence (qualité, équité, pertinence, efficacité, liberté de choix) et les principes fondateurs (approche centrée sur la personne, approche populationnelle, approche communautaire, approche basée sur les soins primaires, approche basée sur le modèle fonctionnel de l'OMS et les niveaux de prévention, approche basée sur la gestion intégrée des soins) ont été déterminés dans le cadre de l'étude stratégique, Yves Kühne, op. cit., page 40.

7. Encourager des modes de travail et de coopération inspirants

La double contrainte entre les charges liées à l'activité primaire et les charges liées à un projet collectif est extrêmement forte. Une attention majeure est ainsi requise pour maintenir un degré d'engagement porteur de sens, impliquant et inspirant qui favorise la participation à différents niveaux.

8. Impliquer l'expertise clinique et les professionnel-le-s concerné-e-s dans la construction des modèles intégrés

Les pratiques cliniques évoluent vers une coordination collective et s'orientent vers une réduction des frontières institutionnelles dans le déploiement, notamment, des prestations de transition, de crise et de soutien à la première ligne de soins. L'intégration de l'équipe mobile dans le service des urgences à l'hôpital, le développement d'une fonction de médecin « extensiviste » aux urgences, les perspectives de création d'une Maison de la Santé ou le projet de Gériatrie régionale en témoignent. Cette tendance confirme l'importance d'impliquer le savoir-faire des professionnel-le-s dans les constructions des nouveaux modèles afin d'assurer une mise en œuvre durable.

9. Créer des plateformes interinstitutionnelles de concertation dans les domaines de gestion

Les échanges régionaux entre les domaines de gestion (Ressources Humaines, Logistique et Finances) permettent l'entraide, une résolution de problèmes communs et l'émergence de solutions novatrices. Le projet-pilote a montré les réelles plus-values que ces pratiques pouvaient générer. Des pas supplémentaires peuvent être envisagés dès lors que de telles approches sont priorisées au sein des institutions.

6.3 QUELLE SUITE AU PROJET-PILOTE

Le projet-pilote OSRIC a suscité le débat, a autorisé le questionnement et, malgré quelques désaccords, a également fédéré les partenaires autour d'un projet collectif, porteur d'un sens commun et d'un intérêt général. Il a en outre permis de vérifier que :

- la culture « réseau » est bien ancrée dans la région,
- la volonté commune de travailler ensemble et la vision partagée d'assurer la continuité des soins sont bien reliées,
- le décloisonnement et la réduction des frontières institutionnelles sont possibles.

Toutes les réalisations témoignent de cette progression et les chantiers actuellement ouverts sont inspirés ou découlent de la démarche OSRIC.

A la lumière de ces constats, le comité du RSNB a envisagé de nouvelles modalités organisationnelles et fonctionnelles des instances exécutives du réseau. La proposition de tester un modèle s'appuyant sur un comité élargi et deux Bureaux Exécutifs régionaux (Nord et Broye) a été présentée lors de la dernière assemblée générale. L'objectif est clairement de faciliter, à l'échelle régionale, une approche collective favorisant le soutien à la première ligne de soins et la coordination des services/prestations.

La vocation d'une organisation intégrée ou d'un réseau de santé est de toucher, sur un territoire donné, l'entier de la population, afin d'assurer le suivi des besoins en santé des usagères et des usagers et de fluidifier les trajectoires de soins par des processus de prise en charge communs ou coordonnés. C'est dans cette optique que s'inscrit la suite du projet-pilote OSRIC et que le RSNB continuera d'œuvrer.

« Tout seul, on va plus vite... ensemble on va plus loin »

Proverbe africain

GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS

AMENOV	Association des Médecins du Nord Vaudois (en cours de constitution)
ASPMAD	Association pour la Santé, la Prévention et la Maintien à Domicile
ASSC	Assistance en Soins et Santé Communautaire
BRIO	Bureau Régional d'Information et d'orientation
CMS	Centre Médico-Social
CSSC	Centre de Soins et de Santé Communautaire de Ste-Croix
CTR	Centre de Traitement et de Réadaptation
DEP	Dossier Electronique du Patient
DP – CHUV	Département de Psychiatrie – Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
DSAS	Département de la Santé et de l'Action Sociale
eHnv	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois
EMS	Etablissement Médico-Social
MPR	Médecin de Premier Recours
PF	Plateforme
RNB/RSNB	Réseau Nord Broye/Réseau Santé Nord Broye
RSBJ	Réseau Santé Balcon du Jura
SAMS	Structure d'Accompagnement Médico-Social
SASH	Service des Assurances Sociales et de l'Hébergement
SPN	Secteur Psychiatrique Nord
SSP	Service de Santé Publique
SVM	Société Vaudoise de Médecine
TMR	Transports pour les personnes à Mobilité Réduite
VD	Vaud
<i>Ibid.</i>	<i>Ibidem = ici même, remplace la référence complète si citée immédiatement avant</i>
<i>Op. cit.</i>	<i>Opere citato = œuvre citée, remplace la référence complète si éloignée dans une autre note</i>

REMERCIEMENTS

Merci à l'ensemble des collaborateurs et des collaboratrices des institutions partenaires du projet-pilote. Sans elles et eux, de tels projets ne peuvent pas se développer ni se réfléchir et surtout pas se mettre en œuvre.

Merci également aux cadres des mêmes institutions, qui ont œuvré de près ou de loin, dans les différents groupes de travail et permis aux projets de se réaliser. Merci pour le temps consacré, l'engagement donné et l'ouverture d'esprit.

Merci aux directions des institutions partenaires qui ont mis de l'énergie, de l'envie et des moyens dans ce projet-pilote... et qui continuent d'en mettre dans la nouvelle organisation régionale.

Et enfin... Merci au Département de la Santé et de l'Action Sociale pour son soutien, son appui et le suivi du projet.