



POLITIQUE CANTONALE VIEILLISSEMENT ET SANTE

**RAPPORT DU COMITE D'EXPERTS
TRANSMIS A MONSIEUR LE CONSEILLER D'ETAT PIERRE-YVES MAILLARD
LE 8 DECEMBRE 2011.**

COMITE D'EXPERTS: Prof. Christophe Büla (président), Patrick Beetschen,
Dr Stéphane David, Carol Gay, René Goy, Dr Thomas Giger,
Prof. Brigitte Santos-Eggimann, Prof. Nataly Viens Python

DIRECTION DE PROJET : Eliane Deschamps, Noémie Hainard

1 POLITIQUE

5 AXES DE DÉVELOPPEMENT

21 RECOMMANDATIONS

109 MESURES

POUR ADAPTER LE SYSTÈME DE SANTÉ AUX ENJEUX DU VIEILLISSEMENT

Table des matières

Préambule	4
Pourquoi une politique « Vieillissement et Santé » ?	5
Principes directeurs	6
Périmètre concerné et limites	7
Bilan démographique et social du canton de Vaud : des chiffres éloquentes	8
Une population âgée hétérogène	10
Une politique « Vieillissement et Santé » en 5 axes de développement	11
Tableau de synthèse des recommandations et mesures	12
Tableau de synthèse des actions à développer 2012-2014	20
Axe 1 « Prévenir pour vieillir en santé »	23
Des points forts.....	23
Problèmes et enjeux	23
Objectifs de l'axe 1	25
Recommandations de l'axe 1	28
Groupe de travail et ouvrages consultés	32
Axe 2 « Coordonner les soins pour mieux vieillir chez soi»	33
Des points forts.....	33
Problèmes et enjeux	35
Objectifs de l'axe 2	38
Recommandations de l'axe 2	43
Groupe de travail et ouvrages consultés	48
Axe 3 « Adapter l'hôpital pour préserver l'indépendance des seniors »	49
Des points forts.....	49
Problèmes et enjeux	49
Objectifs de l'axe 3.....	54
Recommandations de l'axe 3	58
Groupe de travail et ouvrages consultés	61
Axe 4 « Valoriser les compétences pour améliorer les soins aux seniors »	63
Des points forts.....	63
Problèmes et enjeux	64
Objectifs de l'axe 4.....	66
Recommandations de l'axe 4	69
Groupe de travail et ouvrages consultés	74

Axe 5 « Renseigner pour piloter la politique Vieillessement et Santé »	76
Des points forts.....	76
Problèmes et enjeux	78
Objectifs de l'axe 5	79
Recommandations de l'axe 5.....	82
Groupe de travail et ouvrages consultés	88

Annexe 1 : Organisation du projet

Annexe 2 : Résultat de l'enquête auprès des partenaires

Annexe 3 : Constats et attentes issus de l'enquête

Annexe 4 : Bibliographie par thématique

PRÉAMBULE

Ce rapport, demandé par le chef du Département de la Santé et de l'Action Sociale, est issu de l'engagement et de la collaboration uniques de professionnel-le-s provenant des différents horizons du champ sanitaire mais aussi du champ social. Autour des tables réunissant les groupes de travail, les idées ont été échangées et les regards se sont croisés. Regard du professionnel des soins à domicile qui décrit l'hôpital au travers du vécu de personnes âgées dont il s'occupe, ou celui porté par la responsable d'EMS sur les soins à domicile lorsqu'elle accueille un nouveau résident.

De ces regards croisés résulte un double constat qui a nourri ce rapport. D'abord, notre système de soins vaudois propose de nombreuses prestations de qualité aux personnes âgées. Le canton a été pionnier pour la mise en œuvre de nombreuses initiatives : aide et soins à domicile, centres de traitements et de réadaptation, unités d'accueil temporaires, bureaux régionaux d'information et d'orientation. Autant de réalisations qui, preuve de leur intérêt, ont largement diffusé au-delà des frontières cantonales. Néanmoins, le vieillissement de la population vaudoise impose d'évaluer ce qui doit être entrepris pour adapter et consolider ces prestations afin de faire face le mieux possible aux formidables enjeux sanitaires liés à ce vieillissement. Ensuite, ces enjeux nécessitent aussi d'imaginer. Imaginer de nouvelles structures, de nouvelles missions, de nouvelles prestations et pratiques. Certaines mesures proposées visent le court terme et sont rapidement réalisables. D'autres nécessitent de modifier notre culture sanitaire, un défi qui demande du temps. Nous souhaitons, dans la politique proposée, initier ce processus dynamique. L'année 2012 marque symboliquement l'entrée en retraite des premiers baby-boomers et annonce la vague démographique qui culminera en 2030 déjà, lorsque un vaudois sur cinq aura plus de 65 ans.

La politique "Vieillesse et Santé" proposée ici n'est pas figée. Si ce rapport a pour ambition d'être un outil de référence pour la communauté sanitaire, il ne représente qu'une étape dans les réflexions sur la santé et les soins aux aînés que le canton conduit depuis longtemps, et devra continuer à conduire. La politique qui y est décrite devra être périodiquement évaluée et adaptée.

Ce rapport décrit la vision du moment, colorée par les avis récoltés dans un esprit de synthèse. Vous y trouverez aussi bien les orientations conceptuelles, des mesures concrètes, qu'un calendrier. Y figurent également des données qui illustrent les problèmes identifiés et les développements souhaités. L'ensemble doit permettre au lecteur de mieux appréhender le sens global de la politique "Vieillesse et santé" proposée dans ce rapport. Sa version achevée pourrait être complétée par de nouvelles idées, nous en sommes conscients. Nous avons fait le choix d'arrêter le curseur sur ces recommandations afin d'indiquer aux nombreux acteurs engagés la direction à prendre pour faire vivre cette politique et l'enrichir.

Il est prévu de donner maintenant la parole aux principaux intéressés, soit les personnes âgées elles-mêmes. C'est avec elles que nous pourrions affiner encore constats et recommandations dans les mois à venir. L'année 2012 étant l'année du vieillissement actif, nous les engagerons pour identifier les mesures optimales pour nous aussi, les personnes âgées de demain !

Au nom du comité d'experts
Prof. Ch. Büla, président

POURQUOI UNE POLITIQUE VIEILLESSE ET SANTÉ ?

Notre société vieillit : la proportion des personnes âgées qui vivent en son sein s'accroît. Ce phénomène nous touche de plein fouet et va progresser encore ces prochaines années en raison de l'arrivée dans le 3^{ème} âge de la génération du « baby-boom »

Ce vieillissement est un résultat extraordinaire dont nous pouvons être fiers, la marque tangible que les efforts pour améliorer les conditions de vie des individus et de la collectivité au travers du développement de notre richesse économique, des régimes sociaux, des performances du système de santé, ont porté leurs fruits.

Le vieillissement des sociétés occidentales comporte aussi de nombreux enjeux et des responsabilités : celles des seniors d'une part, qui ont un rôle essentiel à jouer dans le lien social et les solidarités entre générations ; celles de l'Etat d'autre part, qui doit s'assurer que les conditions de vie des personnes âgées vulnérables ou dépendantes prennent en compte leurs besoins et respectent leur dignité.

En Suisse et dans la plupart des régions du monde, les systèmes de santé sont questionnés par le vieillissement. Des changements épidémiologiques fondamentaux ont lieu : les maladies chroniques, qu'il conviendra de soigner et d'accompagner dans le long terme, vont prendre une part prépondérante des ressources de notre système de soins. Il devient donc nécessaire de réformer l'organisation des soins, ainsi que les mécanismes de financement, pour faire face aux besoins à venir.

Cette anticipation passe par la mise en place de dispositifs de prévention de la dépendance et ceci tout au long de la vie de la personne : il s'agit de limiter le nombre d'années de vie passées dans une situation de dépendance, pour que l'autonomie de vie des personnes âgées soit la plus longue possible et que la charge reposant sur le système de santé soit limitée ou du moins contenue.

Anticiper, c'est aussi améliorer la coordination entre les acteurs de la santé, entre les acteurs des domaines sociaux et sanitaires. Il conviendra en effet de tenir compte de toutes les parties impliquées : les proches des personnes âgées, les bénévoles, les soignants. Car seuls, ces derniers ne parviendront pas à relever le défi du vieillissement. Le désir de nos aînés - nous-mêmes demain - est de vivre le plus longtemps possible dans son domicile, si besoin avec des aides et une adaptation requise par la situation. Il convient donc d'assurer un dispositif de soins qui soit sous-tendu par une valeur centrale : la préservation de l'autonomie et le respect des choix des personnes.

Les pouvoirs publics ont un rôle majeur à jouer : en renforçant et soutenant les responsabilités individuelles, les solidarités familiales, le travail d'accompagnement des professionnels, ils doivent assurer la cohésion sociale nécessaire à la vie en société. Car il s'agit bien de vivre ensemble, plus longtemps !

Ce rapport énonce plusieurs recommandations et propositions. Leur mise en application va nécessiter l'ouverture de plusieurs chantiers importants durant la législature à venir. Il en va de l'équilibre et de l'efficacité futurs de notre système de soins.

PRINCIPES DIRECTEURS

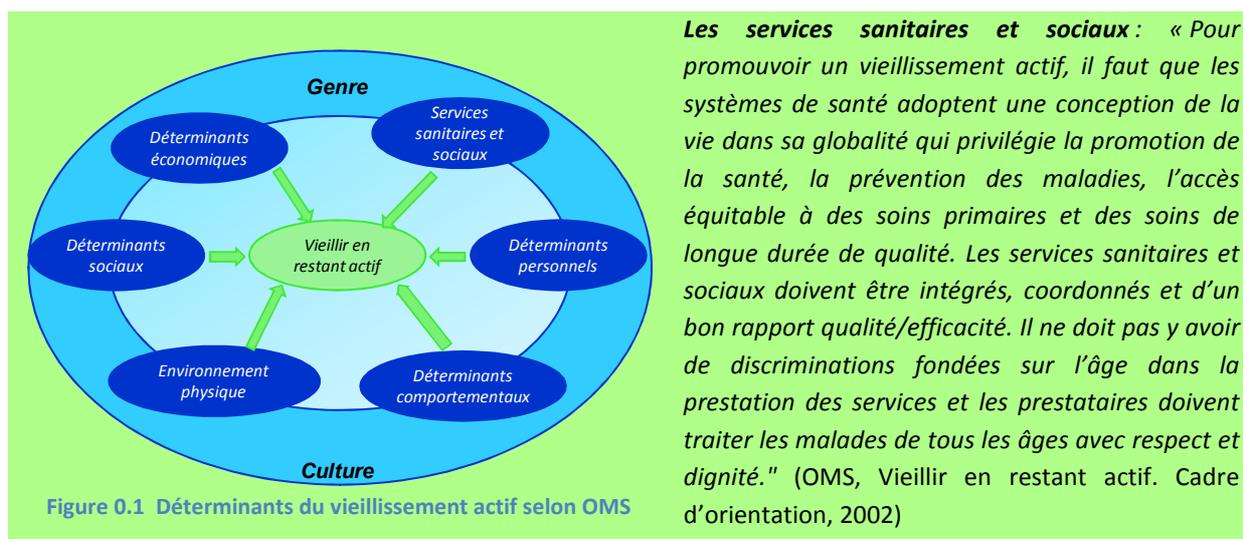
Ce rapport a pour objectif de proposer une politique « Vieillessement et Santé » pour le Canton de Vaud. Celle-ci doit se fonder sur des valeurs partagées par l'ensemble des acteurs du système de santé et s'inscrire dans la continuité de la politique de maintien à domicile menée par le canton de Vaud depuis 1987. Elle vise aussi à intégrer d'autres valeurs, résultant de l'expérience professionnelle et de l'expertise des membres du comité d'experts et des différents groupes de travail. Ces différents principes directeurs empreignent à la fois les fondements de la politique proposée, et la démarche qui a permis de formuler les différentes recommandations et mesures de ce rapport.

- **Reconnaître le vieillissement en santé comme enjeu de société** : la politique "Vieillessement et Santé" propose des mesures susceptibles de favoriser le vieillissement en santé, de façon à contenir l'évolution de la demande sanitaire liée au vieillissement démographique.
- **Répondre aux besoins de l'ensemble de la population âgée vaudoise** : les mesures proposées tiennent compte de l'état de santé ainsi que du niveau d'autonomie et d'indépendance des personnes âgées.
- **Respecter une hiérarchie en termes de bénéfices escomptés** : il s'agit ici de prioriser les actions qui apportent des bénéfices aux personnes âgées elles-mêmes (état de santé et fonctionnel, qualité de vie) plutôt qu'aux professionnels ou au système de santé seuls. Cependant, les actions qui, dans l'idéal, sont susceptibles d'apporter des bénéfices aux trois niveaux cible (patient, professionnels, et système de santé) ont bien sûr été privilégiées.
- **Proposer des mesures sur la base d'évidences scientifiques** : les expériences nationales ou internationales ayant prouvé leur efficacité et leur efficience ont inspiré les différentes mesures proposées.
- **Poursuivre la politique de santé basée sur les principes d'équité, d'accessibilité et de respect de la personne âgée** : les différentes actions à mettre en œuvre régionalement doivent être cohérentes et homogènes à l'échelle cantonale.
- **Bâtir sur l'existant...tout en innovant** : la politique Vieillessement et Santé s'inscrit dans le prolongement et consolide la politique vaudoise de maintien à domicile.
- **S'appuyer sur une démarche participative** : des groupes de travail ont été créés afin d'intégrer les différents professionnels et institutions dans la réflexion et l'élaboration des recommandations. Une enquête a été menée auprès de l'ensemble des institutions et associations de soins.
- **Evaluer et piloter** : il est nécessaire de se donner les moyens d'évaluer l'efficacité des mesures proposées et, le cas échéant, de les adapter.

PÉRIMÈTRE CONCERNÉ ET LIMITES

En réponse à une **intervention parlementaire** (postulat Leutenegger-Oberholzer du 3 octobre 2003), le Conseil fédéral propose, dans son rapport « Stratégie en matière de politique de la vieillesse, août 2007 », des lignes directrices pour permettre aux cantons de développer une politique de la vieillesse complète, transversale et cohérente. Se basant sur les recommandations émises par l’OMS, le Conseil fédéral met en évidence 5 grands thèmes sur lesquels des politiques publiques sont susceptibles d’agir : **santé et soins médicaux; logement et mobilité; travail et transition vers la retraite; situation économique des rentiers; engagement et participation sociale.**

Le périmètre de la politique « Vieillesse et Santé » cible essentiellement le domaine **santé et soins médicaux** en lien avec les personnes âgées et le processus du vieillissement. Dans ce périmètre sont aussi incluses certaines dimensions sociales, qui peuvent influencer le vieillissement actif (Figure 0.1 OMS, Vieillir en restant actif. Cadre d’orientation, 2002). En effet, si le présent rapport examine prioritairement les enjeux liés au vieillissement sous l’angle des soins et du système de santé, il tente aussi de jeter les bases pour une meilleure intégration entre les domaines du sanitaire et du social. Ainsi, plusieurs mesures préconisées dans le présent rapport visent précisément à améliorer l’articulation entre domaines sanitaires et sociaux, notamment en favorisant la coordination entre professionnels de ces deux champs.



Dans une perspective encore plus large, les retentissements du vieillissement démographique sur l'ensemble des secteurs de la société impliquent de compléter la politique vaudoise "Vieillesse et Santé" par des stratégies similaires englobant les autres secteurs de l'Etat. Une politique cantonale Vieillesse, transversale et cohérente, permettrait de tenir compte de l'ensemble des besoins de la population âgée en lien avec les différents domaines de la société dans laquelle elle évolue.

Finalement, ce rapport ne détaille pas les implications financières de l'ensemble des mesures proposées. Ce travail devra être entrepris en priorité par la structure de gouvernance de la politique "Santé et Vieillesse". Un atelier consacré aux mécanismes de financement a permis de dégager quelques pistes. Il faut cependant souligner ici que de nombreuses mesures visent surtout à "faire différemment", sans que cela implique forcément d'avoir besoin de plus de ressources.

BILAN DÉMOGRAPHIQUE DU CANTON DE VAUD : DES CHIFFRES ELOQUENTS

Évolution démographique

Le vieillissement de la population est programmé et représente un défi de taille pour notre système de santé vaudois. Celui-ci doit faire face aux changements démographiques et épidémiologiques qui résultent de l'augmentation rapide et importante du nombre de personnes âgées, qui présentent en majorité des pathologies chroniques et, le plus souvent, multiples.

- Selon le scénario de base du SCRIS, la population vaudoise passera de **708'189 habitants** en 2010, à **874 398 habitants** en 2030, soit une augmentation de **23%**.
- En 2010, les personnes âgées de 65 ans et + représentent **15%** de la population. Ces prochaines décennies, les baby-boomers nés entre 1943 et 1966 franchiront progressivement la barre de la retraite. En 2030, la proportion des 65 ans et + représentera plus de **20%** de la population, soit un vaudois sur 5.
- L'effectif des plus de 80 ans augmentera de **120%** d'ici à 2040.
- La proportion de la population de moins de 20 ans, ainsi que celle des 20-64 ans, se réduira par la moindre augmentation de leurs effectifs.

Tableau 0.1: Evolution de la population résidente vaudoise 1995-2040, SCRIS, mars 2011

Population résidente - Vaud					scénario de base					
au 31.12.	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0 - 19 ans	138 500	143 100	151 400	161 700	167 400	175 000	185 100	193 500	199 500	203 300
20 - 39 ans	184 900	178 100	179 400	196 100	209 800	220 300	224 500	225 500	227 100	232 400
40 - 64 ans	186 900	200 300	220 600	238 300	250 300	263 300	271 800	278 000	286 000	293 300
65 - 79 ans	66 400	68 700	70 000	79 200	90 900	99 700	107 900	119 900	132 000	138 200
80 ans et +	25 500	25 900	29 500	32 800	36 200	39 700	48 200	57 500	63 600	72 300
Total	602 200	616 000	650 800	708 200	754 500	798 000	837 600	874 400	908 300	939 600
Evolution sur 5 ans :										
0 - 19 ans		+4 600	+8 300	+10 300	+5 700	+7 600	+10 100	+8 400	+6 000	+3 800
20 - 39 ans		-6 800	+1 300	+16 700	+13 700	+10 500	+4 200	+1 000	+1 600	+5 300
40 - 64 ans		+13 400	+20 300	+17 700	+12 000	+13 000	+8 500	+6 200	+8 000	+7 300
65 - 79 ans		+2 300	+1 300	+9 200	+11 700	+8 800	+8 200	+12 000	+12 100	+6 200
80 ans et +		+400	+3 600	+3 300	+3 400	+3 500	+8 500	+9 300	+6 100	+8 700
Total		+13 800	+34 800	+57 400	+46 300	+43 500	+39 600	+36 800	+33 900	+31 300

1995 - 2010 : population résidente permanente, dès 2010, scénario de base
Chaque chiffre est arrondi pour lui-même

Source : SCRIS

Classe d'âge	Variation 2010-2020	Variation 2010-2030	Variation 2010-2040
0 - 64	+ 11 %	+ 17 %	+ 22 %
65 +	+ 24 %	+ 58 %	+ 88 %
80 +	+ 21 %	+ 75 %	+ 120 %

Figure 0.2 Evolution des effectifs de la population par classe d'âge

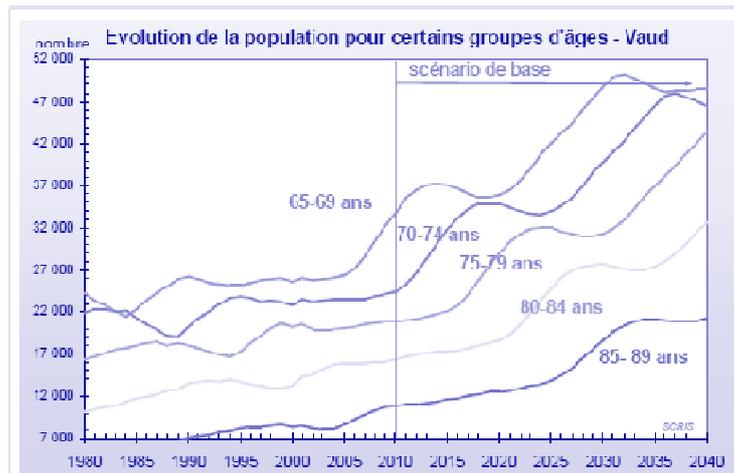


Figure 0.3 Evolution de la population par classe d'âge, SCRIS, mars 2011

Evolution épidémiologique

L'évolution démographique s'accompagne d'une transition épidémiologique résultant d'une diminution des maladies infectieuses au profit de l'augmentation des maladies dégénératives et chroniques. Les principales affections chroniques frappant les personnes âgées sont : les maladies cardio-vasculaires et métaboliques, les cancers, les maladies neurodégénératives, les maladies de l'appareil locomoteur.

Evolution de la fréquence (incidence / prévalence) de quelques pathologies, horizon 2030

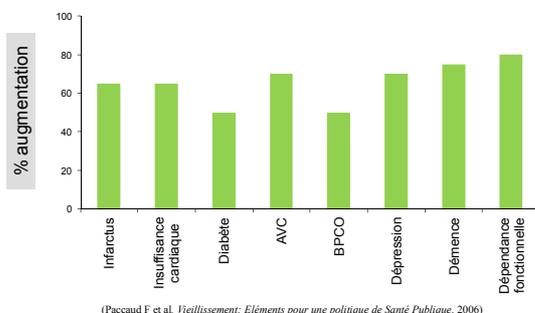


Figure 0.4 Evolution de la fréquence relative (%augmentation) de quelques pathologies liées au vieillissement.

Une projection épidémiologique sommaire de ces principales affections liées au vieillissement suggère une substantielle augmentation du nombre de personnes affectées du simple fait du vieillissement. Cette évolution exige une transformation de notre système de soins actuellement encore organisé prioritairement pour prendre en charge des épisodes aigus de maladies.

Evolution du personnel de santé :

Selon une étude de l'OBSAN¹, les projections, tenant compte des changements démographiques et épidémiologiques, estiment que les besoins en personnel de santé pourraient augmenter entre 13 et 25% d'ici 2020. Ces besoins accrus surviennent à une période où la population active augmentera peu. Il sera donc plus difficile de recruter du personnel de santé. Seule une combinaison de mesures agissant à différents niveaux (santé des personnes, organisation des soins, formation) permettra de faire face à ce double défi touchant le système de santé : vieillissement démographique et pénurie de professionnels de santé.

¹ Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020-février 2009

UNE POPULATION ÂGÉE HÉTÉROGÈNE

La population âgée est hétérogène en ce qui concerne son état de santé : au même âge chronologique correspondent des situations diverses en termes de nombre de maladies chroniques (polymorbidité), d'atteinte cognitive (démences), ainsi que de leurs répercussions sur l'indépendance fonctionnelle et l'autonomie de ces personnes. Proposer des mesures adaptées impose de prendre en compte cette hétérogénéité. Dans le présent rapport, nous avons schématiquement distingué trois groupes de personnes âgées:

- **Les personnes âgées en bonne santé (ci-après **robustes**)**, ou souffrant d'une maladie chronique isolée. Il s'agit en particulier des jeunes retraités, entre 65 et 75 ans.
- **Les personnes âgées en voie de fragilisation (ci-après **vulnérables**)**, présentant une perte de vitalité, souffrant le plus souvent de plusieurs maladies chroniques. Ce groupe se caractérise par une diminution des réserves physiologiques pour faire face aux événements stressants comme les maladies aiguës, ainsi que, parfois, l'apparition des premières difficultés fonctionnelles dans les activités quotidiennes. La majorité de ces personnes sont âgées de 70 à 85 ans, mais de plus en plus de personnes âgées de plus de 90 ans entrent encore dans cette catégorie.
- **Les personnes âgées en incapacité fonctionnelle (ci-après **dépendantes**)** nécessitant de l'aide dans les activités de la vie quotidienne en raison d'un déclin physique ou psychique. Il s'agit surtout de personnes âgées de 85 ans ou plus, avec une majorité de femmes. La plupart de ces personnes vivent à domicile, et bénéficient pour la moitié des prestations du CMS. Ces personnes vivent parfois en établissement médico-social.

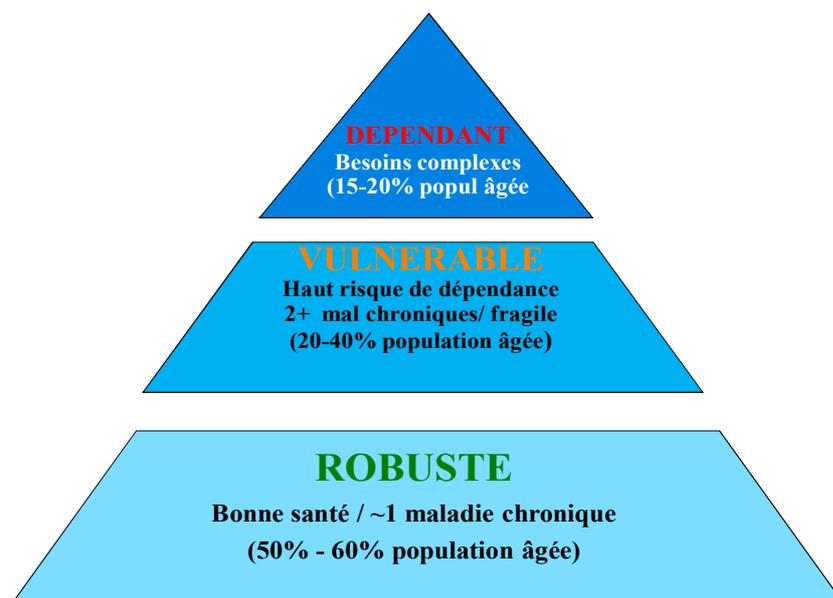


Figure 0.5 Représentation de l'hétérogénéité de la population âgée.

UNE POLITIQUE VIEILLESSEMENT ET SANTE EN 5 AXES DE DEVELOPPEMENT :

La politique "Vieillessement et Santé" doit guider l'adaptation du système de soins à l'évolution démographique et épidémiologique de ces 20 prochaines années. Elle s'articule autour de 5 axes de développement. Elle tient compte de l'existant, propose un modèle concerté et systémique des différentes activités de soins aux personnes âgées, et considère aussi les enjeux de formation qui en découlent. Cette politique doit être évolutive et intégrer les nouveaux éléments émergents pouvant l'influencer. Elle doit être régulièrement revue et adaptée afin d'intégrer aux axes énoncés ci-dessous de nouvelles recommandations et/ou mesures.

1. Prévenir pour vieillir en santé.

Cet axe regroupe l'ensemble des actions de prévention et de promotion de la santé qui contribuent à vieillir en santé, en particulier en limitant la perte d'autonomie et d'indépendance (déclin fonctionnel) des personnes âgées.

2. Coordonner les soins pour mieux vieillir chez soi.

Cet axe regroupe l'ensemble des actions qui renforcent la politique vaudoise de maintien à domicile, tant en ce qui concerne la coordination du système de soins que les prestations fournies à domicile. Cet axe intègre aussi les mesures concernant l'hébergement de long séjour, soit le dernier « chez soi ».

3. Adapter l'hôpital pour préserver l'indépendance des seniors.

Cet axe regroupe l'ensemble des mesures qui incitent l'hôpital à amorcer et lui permettront de réussir son adaptation au nouveau contexte épidémiologique. Elles visent en particulier à limiter les effets néfastes de l'hospitalisation sur l'indépendance fonctionnelle et l'autonomie des patients âgés. Cet axe comprend aussi des mesures d'adaptation de l'offre en réadaptation et suite de traitement.

4. Valoriser les compétences pour améliorer les soins aux seniors.

Cet axe regroupe l'ensemble des mesures qui permettent de renforcer les compétences des professionnels et de valoriser leurs activités auprès des aînés. Rendre les professions de soins aux aînés plus attractives est une étape nécessaire pour offrir des soins de qualité.

5. Renseigner pour piloter la politique "Vieillessement et Santé".

Cet axe regroupe l'ensemble des mesures en vue d'adapter le système d'information sanitaire afin qu'il fournisse les éléments concernant la politique "Vieillessement et Santé" qui permettent d'alimenter la réflexion des structures désignées pour en assurer la gouvernance.

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS ET MESURES

Axe 1 « Prévenir pour vieillir en santé »	
Objectif principal : Améliorer la qualité de vie des années restantes.	Objectif spécifique : Augmenter l'espérance de vie sans incapacité, soit réduire le temps passé en dépendance à l'âge avancé.
A1R1 Développer au niveau cantonal des actions de prévention et de promotion de la santé adaptées aux besoins des seniors afin d'agir sur les déterminants d'un vieillissement en santé.	
M1	Promouvoir, pour la population générale, l'activité physique intégrée à la vie quotidienne ainsi qu'une offre adéquate d'activités structurées (reposant sur une méthode et un encadrement, dans le cadre de cours, club de gym, ...) afin d'inciter les seniors à pratiquer une activité physique d'intensité modérée, 3 à 5 fois par semaine, pendant une demi-heure au moins.
M2	Développer, en lien avec l'activité physique, d'autres interventions de promotion de la santé touchant l'alimentation saine, la vitalité cognitive et la participation sociale.
M3	Relayer les programmes préventifs s'adressant à l'adulte en intégrant les messages et interventions de promotion de la santé dans le cadre des cours de préparation à la retraite.
M4	Associer les communes à la réflexion et à la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé des seniors et définir leur rôle dans ce cadre.
M5	Développer chez les différent-e-s professionnel-le-s de santé et de l'action sociale une culture de prévention et de promotion de la santé, incluant aussi les déterminants sociaux de la santé.
M6	Développer une campagne d'information sur les mesures de promotion de santé auprès des aînés.
M7	Développer un support individuel, remis systématiquement à chaque personne arrivant à l'âge de la retraite, afin de permettre la traçabilité des mesures de prévention et de promotion de la santé.
M8	Analyser les problèmes sociaux émergents ou en mutation (divorce, veuvage, migration, conditions de retraite, mesures médico-légales,...), afin d'adapter l'action sociale et sanitaire à l'évolution des besoins.
A1R2 Identifier les personnes à risque de perte d'autonomie et leur proposer des interventions préventives et une prise en charge appropriées.	
M1	Pour la population robuste, adapter et proposer un questionnaire d'auto-évaluation de type « Profil de santé » (Health Risk Appraisal for the Elderly, HRA-E) afin d'identifier les facteurs de risque de déclin fonctionnel. Cette prestation pourrait être offerte, par exemple, lors de l'évaluation périodique de l'aptitude à la conduite. Proposer différentes modalités de prise en charge en fonction des risques identifiés, en lien avec les habitudes individuelles, les problèmes de santé, et de participation sociale.
M2	Pour la population vulnérable, développer un programme de détection des risques et d'interventions, notamment un programme de visites préventives à domicile, selon les modèles efficaces.
M3	Pour l'ensemble de la population, sensibiliser aux enjeux de promotion de la santé et prévention par des interventions de type campagne d'information, visite populationnelle non ciblée (« outreach » visit).
M4	Pour les clients des CMS, développer une approche préventive ciblant à la fois les clients permanents des CMS (population dépendante) mais aussi les clients épisodiques (population vulnérable) en utilisant les informations recueillies à l'aide du RAI-domicile.

A1R3 <i>Consolider le programme cantonal de vaccination en l'adaptant aux besoins spécifiques de la population âgée.</i>	
M1	Promouvoir la vaccination contre le pneumocoque et prévoir ses modalités de financement.
M2	Inciter toutes les institutions (hôpitaux aigus, CTR, EMS, CMS) à renforcer leur politique de vaccination institutionnelle à l'intention des patients/résidents et de leurs collaborateurs.
M3	Renforcer les actions d'information et de promotion afin de convaincre tout professionnel s'occupant de personnes âgées de se vacciner contre la grippe.
M4	Améliorer la traçabilité des vaccins de la personne âgée (carnet de santé, e-Health).
M5	Réévaluer la pertinence d'autres vaccinations (herpès zoster).
A1R4 <i>Promouvoir une utilisation appropriée des médicaments prescrits dans la population âgée.</i>	
M1	Déployer le projet d'assistance pharmaceutique à la prescription médicamenteuse dans les EMS.
M2	Renforcer les cercles de qualité médecins-pharmaciens en les proposant sur l'ensemble du territoire cantonal et en favorisant la participation des médecins.
M3	Développer l'assistance pharmaceutique en milieu hospitalier aigu dans les services à haute densité de personnes âgées (médecine interne, traumatologie, chirurgie) afin d'améliorer la prescription et préparer la transition « médicamenteuse » en aval.
M4	Améliorer la continuité de la prescription médicamenteuse (calendrier support papier commun CMS-EMS-hôpital-médecin de famille).
M5	Mettre en place une campagne d'information grand public sur les dangers de la polymédication et de la prescription de somnifères chez les personnes âgées.

Axe 2 « Coordonner les soins pour mieux vieillir chez soi »

Objectif principal :

Répondre à l'évolution des besoins et attentes, en matière de soins, de la population âgée vulnérable ou dépendante.

Objectifs spécifiques :

1. Renforcer le maintien à domicile en développant l'offre de prestations.
2. Améliorer, dans une perspective d'intégration des soins, les mécanismes de coordination entre intervenants et entre institutions (transition).
3. Poursuivre le développement des structures et processus de soins dans les institutions de long séjour.

A2R1 *Renforcer les prestations et les processus favorisant le maintien à domicile.*

M1	Déployer, dans le cadre des soins à domicile, le projet d'aide à l'interprétation de l'évaluation compréhensive RAI-domicile et à l'élaboration d'un projet de prise en charge, en coordination avec les médecins de famille, afin d'adapter les prestations aux besoins des différentes personnes âgées.
M2	Développer l'articulation avec le projet cantonal « Proches aidants » afin de tenir compte des besoins spécifiques des aidants s'occupant de personnes âgées.
M3	Mettre en place, dans chaque réseau (BRIO), une plateforme d'information à destination des patients et de leurs proches.
M4	Investiguer de nouvelles modalités de séjours de répit, notamment à domicile, et d'alternatives à l'hébergement de long séjour.
M5	Etudier l'adaptation des prises en charge en court séjour selon les profils et besoins des patients, lorsqu'ils sont admis pour un séjour post-hospitalier.
M6	Compléter les prestations des UAT dans une optique de prévention et de réadaptation communautaires.
M7	Mettre en place un observatoire de veille concernant la technologie de la santé et de l'autonomie des seniors.

A2R2 Renforcer la 1ère ligne dans la prise en soins des personnes âgées.	
M1	Soutenir le développement de nouveaux modèles organisationnels intégrant la médecine de proximité pour répondre aux besoins des personnes âgées.
M2	Renforcer la collaboration CMS et médecins de famille en structurant les modalités de rencontre et d'échange d'information.
M3	Mettre à disposition des médecins de famille de nouvelles compétences afin de les soutenir dans leur travail (coordination des soins médico-sociaux, promotion de santé, prévention, promotion des directives anticipées).
M4	Développer des Centres de santé communautaires en regroupant dans le même périmètre CMS-EMS-Appartements protégés-cabinet de groupe médical-cabinet physio-antenne associations (Pro Senectute, Association Alzheimer,...).
M5	Faciliter, pour le médecin traitant, l'accès en temps réel à l'information concernant son patient (examens médico-techniques pratiqués à l'hôpital, consultations spécialisées, prescriptions médicamenteuses, informations recueillies par les CMS).
M6	Renforcer les collaborations entre les professionnels médicaux et sociaux, au profit de la complémentarité de leurs champs d'intervention en matière de santé, en particulier dans les situations où des difficultés sociales influencent négativement l'état de santé.
M7	Sur la base d'une analyse préalable, répondre aux urgences médico-sociales en mobilisant et en coordonnant l'ensemble des ressources du réseau de soins (garde médicale, policliniques, CMS, équipes mobiles et consultations communautaires gériatriques et de psychiatrie gériatrique, hôpitaux).
A2R3 Enrichir et compléter l'offre médico-sociale en hébergeant autrement.	
M1	Adapter l'offre médico-sociale en développant les structures intermédiaires (UAT, appartements protégés, court séjour), et étudier le déploiement des appartements protégés pour évaluer leur impact sur la planification médico-sociale.
M2	Investiguer de nouvelles modalités alternatives à l'hébergement de long séjour, y.c. les possibilités d'adaptation du domicile.
M3	Renforcer les compétences interdisciplinaires de l'EMS en intégrant le médecin répondant d'EMS dans la structure de direction.
M4	Pour chaque direction d'EMS, garantir l'accès à des compétences spécialisées (gériatriques et psycho-gériatriques), notamment afin de contribuer à la définition de la politique de soins institutionnelle.
M5	Adapter la dotation et la qualification du personnel en EMS afin de tenir compte de l'évolution des besoins des résidents.
M6	Déployer le dispositif de psychiatrie gériatrique de liaison à l'ensemble des EMS et CMS du canton (en lien avec le Plan Alzheimer et le déploiement des équipes mobiles de psychiatrie gériatrique).
M7	Soutenir la réflexion sur les outils d'évaluation et de financement des EMS (outil intégré de type RAI-EMS)
A2R4 Améliorer la continuité et la coordination des soins.	
M1	Exploiter le support e-Health afin de développer un système d'information commun aux partenaires du réseau et accessible aussi depuis le domicile du patient (pour les professionnels).
M2	Déterminer les avantages et inconvénients de l'adoption d'une famille d'outil intégré (type RAI) d'évaluation gériatrique globale dans l'ensemble du système de soins pour favoriser la continuité et la qualité des transitions.
M3	Intégrer un extrait du RAI/MDS au document médico-social de transmission.
M4	Garantir, pour les équipes infirmières des CMS, l'accès aux informations médicales (ordonnance pour médicaments, diagnostics, DMS, ...).
M5	Valoriser et financer le temps de coordination des soins, à tous les niveaux de soins (domicile, médecin de famille, EMS).

M6	Mettre en place des Centres Régionaux Ambulatoires et Communautaires - Personnes Âgées (CRAC-PA) regroupant : <ul style="list-style-type: none"> • la consultation ambulatoire de gériatrie ; • la consultation ambulatoire de psychiatrie de l'âge avancé ; • la consultation mémoire.
M7	Implanter, dans chaque réseau, un modèle d'organisation de soins intégrés selon la méthode PRISMA ciblant les personnes âgées dépendantes en situation complexe basé sur : <ul style="list-style-type: none"> • la mise en œuvre d'un « Guichet intégré » incluant une coordination gériatrique ; • une gestion de cas rattachée au niveau des BRIOs ; • une plateforme opérationnelle pour résoudre les dysfonctionnements identifiés par les gestionnaires de cas.
M8	Adapter les mécanismes de financement des institutions afin de favoriser la coopération et l'implantation de modèle de soins intégrés.
A2R5	Promouvoir les mesures d'accessibilité et d'adéquation des soins en favorisant l'expression des choix individuels et le respect des valeurs des patients.
M1	Favoriser l'utilisation des directives anticipées et la désignation d'un représentant thérapeutique.
M2	Assurer leur diffusion et leur utilisation dans les différentes structures de soins.
M3	Favoriser une réflexion sur les questions liées au rationnement implicite dans les différentes commissions éthiques du canton.

Axe 3 « Adapter l'hôpital pour préserver l'indépendance des seniors »

Objectif principal :

Préserver / récupérer l'indépendance fonctionnelle et promouvoir l'autonomie des personnes âgées hospitalisées.

Objectifs spécifiques :

1. Faire évoluer les pratiques professionnelles et adopter, dès l'admission en soins aigus, des processus de soins spécifiques aux besoins des patients âgés.
2. Assurer l'orientation adéquate des patients lors de l'admission et en cours de l'hospitalisation afin d'éviter le déclin fonctionnel iatrogène.
3. Améliorer l'accès aux prestations de réadaptation en adaptant l'offre aux besoins et en la diversifiant.

A3R1 Mettre en place, dans chaque centre hospitalier régional, un programme spécifique de soins aux personnes âgées.

M1	Développer un cadre de référence « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier aigu » à disposition des hôpitaux afin de les guider dans le déploiement de la culture de soins à la personne âgée (<i>approche du déclin fonctionnel, stratégies d'intervention cliniques, stratégies d'interventions organisationnelles, recommandations concernant l'environnement physique et les équipements</i>).
M2	Implanter une unité de soins spécialement dédiée à la personne âgée (unité de « Soins Aigus aux Seniors, SAS ») et intégrée dans un service de médecine, dont les professionnels fonctionnent comme une équipe de consultation mobile intra-hospitalière, active aux urgences (aide au tri-orientation et à la prise en charge) et dans les services à moins haute densité de personnes âgées (consultation).
M3	Etudier la pertinence (masse critique, diversité des pratiques, ...) dans chaque centre hospitalier régional, de mettre en place des itinéraires cliniques des patients âgés (intra-extra hospitalier) avec certaines pathologies spécifiques (ex : fracture de hanche, cancers, ...).
M4	Introduire un set d'outils d'évaluation gériatrique globale afin de développer une culture de l'évaluation fonctionnelle et permettre la stratification du risque de déclin fonctionnel per-hospitalier en vue d'y répondre par des mesures ciblées.

M5	Compléter le système d'information hospitalier aigu en y intégrant les données pertinentes à la prise en charge et à la planification des ressources (syndromes gériatriques, données fonctionnelles, cognitives, sociales, ...).
M6	Associer des mécanismes financiers (contrats de prestations de l'Etat) afin de soutenir le déploiement du cadre de référence « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier aigu » et de ses mesures associées.
M7	Introduire des dispositifs de liaison (<i>psychiatrique gériatrique</i> en hôpital somatique aigu/ <i>gériatrique</i> en hôpital de psychiatrie gériatrique aigu) là où ils ne sont pas disponibles.
A3R2 Renforcer et adapter l'offre de réadaptation pour les personnes âgées dans le canton.	
M1	Adapter la planification régionale en lits de réadaptation en fonction des projections démographiques et épidémiologiques.
M2	Etudier la pertinence d'une offre alternative de réadaptation communautaire pour certains patients (réadaptation à domicile, suite de traitements en court séjour, ...).
M3	Opérationnaliser les critères d'admission (critères cliniques) en réadaptation pour mieux identifier les patients à même d'en bénéficier.
M4	Augmenter les admissions directes en provenance du domicile ou via les urgences des hôpitaux.
M5	Introduire des équipes mobiles de liaison <i>psychiatrique gériatrique</i> là où elles ne sont pas disponibles.
M6	Définir le rôle des CTR dans la mise en place du programme spécifique des soins aux personnes âgées à l'hôpital.

Axe 4 « Valoriser les compétences afin d'améliorer les soins aux seniors »

Objectif principal :

Mettre à disposition des patients âgés des professionnels en nombre suffisant et en qualification adéquate, afin de mettre en œuvre et atteindre les objectifs de la politique Vieillesse et Santé du canton.

Objectifs spécifiques :

1. Adapter la formation de base de l'ensemble des futurs professionnels de santé en agissant au niveau du système de formation.
2. Améliorer les compétences des professionnels actuels en renforçant la formation post-grade et continue.
3. Valoriser les activités de la gériatrie afin d'attirer et de retenir des professionnels qualifiés dans ce domaine d'activité.
4. Développer de nouveaux domaines de recherche afin de faire évoluer les compétences.

A4R1 Adapter les formations de base afin de mieux préparer (en nombre et en qualification) les professionnels de demain à soigner les personnes âgées.

M1	Modifier les programmes de formation pré-graduée afin d'intégrer des connaissances générales sur le vieillissement.
M2	Pour les étudiants en médecine, renforcer le contenu du curriculum pré-grade en introduisant : a) un enseignement au lit du malade spécifique gériatrique ; b) un stage pratique spécifique (cours bloc), avec un « carnet de route » des situations gériatriques rencontrées durant les stages, afin de rendre visible l'activité réalisée auprès des personnes âgées et les acquis.
M3	Insérer, dans le cadre des examens en médecine, des situations cliniques de prise en charge de personnes âgées.
M4	Organiser dans le cadre des études de bachelor intégré (médecine et filières de santé HES), des actions d'éducation interprofessionnelle dédiées à l'étude de situations de soins aux personnes âgées.

A4R2 Développer l'offre de formation post graduée et continue afin d'adapter les compétences des professionnels d'aujourd'hui aux besoins spécifiques d'une clientèle âgée.	
M1	Introduire, dans le cadre de la formation post graduée en médecine interne générale, un temps de formation dédié à la gériatrie et introduire un carnet de route qui recense les prises en charge spécifiques à la gériatrie.
M2	Développer un programme annuel de formation continue gériatrique vaudois, destiné aux les médecins (Hôpitaux, EMS court et long séjour, CTR, CMS, premier recours).
M3	Instaurer un cursus de formation interprofessionnelle « Vieillesse et Santé », (pour tous les acteurs avec un axe fort sur la formation interdisciplinaire), structuré en 2 niveaux : sensibilisation et approfondissement. Les formations suivies dans ce cadre devraient être associées soit à un projet institutionnel et/ou un projet de développement professionnel, ouvert à l'ensemble des acteurs du domaine.
M4	Promouvoir la réalisation d'un symposium annuel interprofessionnel afin de favoriser la rencontre des acteurs du domaine des soins aux personnes âgées.
M5	Faciliter au sein de chaque réseau la possibilité d'effectuer un stage professionnel (pour tous professionnels de la santé et du social) dans une autre institution, afin de découvrir les activités gériatriques de ces lieux qui ont des missions différentes (Hôpitaux, EMS court et long séjour, CTR, CMS). Ces stages sont ouverts à tout le personnel de la santé et du social. Ils nécessitent la garantie de conditions d'emploi conformes au poste occupé dans son institution d'origine et la validation de ces stages par une attestation de formation reconnue au sein du canton.
M6	Evaluer la pertinence de mettre sur pied une formation à la gestion de cas dans un contexte d'intégration des soins.
A4R3 Soutenir les politiques institutionnelles de formation par des mesures incitatives, organisationnelles et structurelles.	
M1	Instaurer une Commission de Formation vaudoise « Vieillesse et Santé » chargée de mettre en place une politique de formation et de veiller à son application. Cette Commission devrait promouvoir les formations existantes (selon les deux niveaux proposés, sensibilisation et approfondissement) et soutenir le développement des formations manquantes. Les travaux de cette Commission permettraient aux acteurs concernés de faire des choix éclairés pour établir leur plan de formation.
M2	Créer une plateforme d'information (sur Internet) afin de coordonner et diffuser l'offre de formation (selon les deux niveaux) auprès de tous les acteurs (proche aidant, aide, ergothérapeute, pasteur, ASE, ...) des soins aux personnes âgées (gériatrie et psychiatrie de l'âge avancé).
M3	Mandater la Commission de Formation pour développer un système de validation des acquis (de formation et expérience) tenant compte des heures de formations, des contenus, du type d'évaluation et compétences développées.
M4	Elaborer un « Carnet de développement professionnel des compétences acquises en gériatrie/gérontologie » (formations et expériences) pour les professionnels de la santé et du social reconnu et valorisé.
M5	Instaurer des mesures incitatives supplémentaires pour que les institutions renforcent leur politique de formation selon les recommandations de la politique « Vieillesse et Santé » et en conformité avec la CCT.
A4R4 Augmenter le nombre de professionnels (bachelor et diplôme Santé et Social) bénéficiant d'une formation post grade spécialisée « Vieillesse et Santé ».	
M1	Augmenter l'attractivité par des mécanismes incitatifs afin d'augmenter le nombre de médecins gériatres et psychiatres de l'âge avancé.
M2	Exiger, pour toutes les institutions de soins et d'hébergement (Hôpitaux, EMS court et long séjour, CTR, CMS), l'engagement minimum d'un infirmier formé en post grade dans le domaine « Vieillesse et Santé ».
M3	Instaurer, pour les établissements socio-éducatifs qui ont une clientèle âgée l'exigence d'un minimum de professionnels spécialisés dans le domaine « Vieillesse et Santé ». Mesure à développer par la Commission sur les déficiences mentales et associées.

M4	Encourager les autres professionnels de la Santé et du Social à acquérir des compétences dans le domaine Vieillesse et Santé.
A4R5 Promouvoir et valoriser les activités et acteurs du domaine « Vieillesse et Santé ».	
M1	Préciser le statut et la fonction du médecin responsable d'EMS (expertise en gériatrie, veille à la formation des médecins qui interviennent, contribue au programme de formation continue, assure la coordination/liaison, ...).
M2	Développer des actions de promotion médiatique et événementielle des soins dans le domaine de la gériatrie et psychiatrie gériatrique (ex : thème « Vieillesse et Santé » au comptoir) afin de valoriser l'activité auprès des personnes âgées.
M3	Accompagner les équipes lors de changements de mission, de gériatrie à psychiatrie de l'âge avancé. Mettre en place des conditions permettant ce passage.
M4	Anticiper les préoccupations et les besoins des établissements socio-éducatifs dont les pensionnaires vieillissent. Assurer les liens avec les structures ad hoc qui traitent ces questions (Commission sur les déficiences mentales et associées).
M5	Développer des conditions de travail des professionnels seniors qui exercent auprès des personnes âgées pour augmenter la rétention et favoriser la diffusion de leurs compétences.
M6	Analyser les conditions et conséquences d'une retraite flexible permettant de ne pas perdre l'expertise de soignants aînés (pénibilité du travail et pénalité de la diminution du pourcentage de temps de travail sur la cotisation future) qui souhaiteraient poursuivre leurs activités auprès des aînés.
M7	Développer la recherche sur la charge physique et psychique (pénibilité) du travail en milieu gériatrique et psychiatrie de l'âge avancé.
M8	Documenter la situation en matière de risque de pénurie de professionnels soignants. Avoir des données descriptives et les intégrer dans le système d'information.

Axe 5 « Renseigner pour piloter la politique Vieillesse et Santé »

Objectif principal :

Fournir des informations factuelles, quantitatives se rapportant à l'ensemble de la population âgée permettant de décider les orientations de la Politique Vieillesse et Santé du canton de Vaud.

Objectifs spécifiques :

Adapter et compléter le système d'information sanitaire afin qu'il permette le pilotage de cette politique.

A5R1 Introduire dans les institutions de soins, quel qu'en soit le type, un instrument d'évaluation des personnes âgées, en généraliser l'usage et intégrer une partie des données générées au système d'information sanitaire cantonal.

M1	Généraliser l'évaluation RAI à toute la clientèle des CMS âgée de 65 ans ou plus, établir un lien entre les données du RAI-MDS et celles relatives aux prestations, et intégrer au système d'information cantonal un extrait anonymisé de ces données.
M2	Organiser le passage de l'évaluation PLAISIR à une évaluation RAI dans les EMS du canton, promouvoir l'intégration de cette évaluation à la prise en charge et intégrer au système d'information cantonal un extrait anonymisé du RAI-MDS.
M3	Introduire progressivement, selon leur disponibilité, d'autres modules RAI (soins aigus, réadaptation, psychiatrie) dans les autres institutions de soins, joindre le RAI-MDS au dossier informatisé de la patientèle concernée et intégrer au système d'information cantonal un extrait anonymisé de ces données.
M4	Développer une routine d'analyse des extraits du RAI-MDS produits par les différentes institutions afin de guider le développement des structures médico-sociales en faveur des personnes âgées.

A5R2 Développer les statistiques populationnelles relatives à la santé, aux besoins et au recours aux services de santé, ainsi qu'aux facteurs qui leur sont associés.	
M1	Développer un recueil de données représentatif de la population générale âgée non-institutionnalisée du canton, permettant de monitorer la santé, les besoins, l'organisation des soins, leurs déterminants, mais aussi les attentes et préférences en matière de soins.
M2	Mettre en place, avec l'accord des participants, un lien entre ce recueil de données et les statistiques recueillies par les institutions de soins (notamment hôpitaux, CMS).
M3	Poursuivre l'exploitation des données existantes, en particulier celles produites par l'Office fédéral de la statistique.
A5R3 Développer les statistiques du secteur des soins ambulatoires.	
M1	Intégrer au système d'information cantonal des données relatives aux prestations ambulatoires des hôpitaux et aux personnes âgées en bénéficiant.
M2	Intégrer au système d'information cantonal des données relatives aux prestations ambulatoires des médecins installés en pratique privée et aux personnes âgées en bénéficiant.
M3	Intégrer au système d'information cantonal des données relatives aux prestations ambulatoires des autres professions de la santé (physiothérapeutes, etc.) installés en pratique privée et aux personnes âgées en bénéficiant.
M4	Intégrer au système d'information cantonal des données relatives aux prestations des pharmaciens.
A5R4 Accompagner la mise en œuvre de la Politique Vieillesse et Santé sur la base de l'appareil statistique décrit aux recommandations R1 à R3.	
M1	Mettre en place un système de suivi régulier des effets de la Politique Vieillesse et Santé en conformité avec les indicateurs définis pour chacun de ses axes.
M2	Accompagner les interventions d'importance stratégique (projets de démonstration) d'une évaluation systématique.
A5R5 Développer une recherche épidémiologique sur la santé et les services de santé dont les résultats permettront de fonder la Politique Vieillesse et Santé sur une évidence scientifique.	
M1	Accompagner le déploiement de la Politique Vieillesse et Santé d'un programme de recherche épidémiologique et sur les services de santé conforme aux besoins d'évidence scientifique.
M2	Accompagner les interventions d'importance stratégique (projets pilotes ou de démonstration) d'une évaluation systématique.

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES ACTIONS A DEVELOPPER 2012-2014

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
AXE 1 « PREVENIR POUR VIEILLIR EN SANTE »	
✓ Développer un carnet de santé pour les seniors.	✓ Déployer le projet « Pas de retraite pour ma santé »+.
✓ Constituer un groupe de travail « Approches préventives communautaires » dont le but est de définir le concept « Profil de risque et visites préventives » et d'en évaluer le financement.	
✓ Développer un programme de vaccination pneumocoque (à intégrer dans le carnet de santé).	✓ Renforcer la politique de vaccination contre la grippe.
✓ Lancer une campagne d'information « Pas de somnifère pour ma grand-mère ! »	✓ Déployer les cercles qualité médecins-pharmaciens /assistance pharmaceutique pour la prescription médicamenteuse (communauté, EMS).
AXE 2 « COORDONNER LES SOINS POUR MIEUX VIEILLIR CHEZ SOI »	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soutenir le projet d'interprétation RAI-HC. ✓ Soutenir et piloter le projet de plateforme d'information des BRIOs. ✓ Soutenir le projet du SASH d'implémentation d'un outil d'évaluation de la charge des proches aidants et définir les prestations adaptées et coordonnées pour répondre à leurs besoins.
✓ Analyser les urgences médico-sociales et proposer des réponses adaptées.	✓ Développer l'intégration du médecin traitant dans le colloque interdisciplinaire des CMS dans les situations complexes.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Déployer les centres alternatifs à l'hébergement. ✓ Adapter et appliquer le nouveau cahier des charges du médecin répondant d'EMS (formation, compétences, rôle,...)
✓ Déployer la gestion de cas dans les réseaux, dans le cadre d'un modèle de soins intégrés.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégrer les informations du RAI-MDS dans le DMST, sous la responsabilité du groupe de travail DMST. ✓ Assurer au CMS l'accès au DMT soins aigus. ✓ Promouvoir l'information sur le RAI auprès du corps médical et généraliser la transmission des évaluations RAI aux médecins-traitants. ✓ Soutenir le déploiement des CRAC-PA (Consultations Régionales Ambulatoires et Communautaires- Personnes Âgées).
✓ Soutenir le projet-pilote « Directives anticipées/le respect de l'autonomie de la personne », un partenariat entre les médecins de famille lausannois et Pro-Senectute.	

AXE 3 « ADAPTER L'HÔPITAL POUR PRESERVER L'INDEPENDANCE DES SENIORS »	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer le cadre de référence « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier aigu » et identifier les conditions de mise en œuvre du programme. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Déployer des programmes « Soins aigus aux seniors » dans les différents centres hospitaliers régionaux. ✓ Etudier l'opportunité d'introduire le RAI en milieu aigu.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Piloter des projets d'offres alternatives ou complémentaires à la réadaptation stationnaire. ✓ Créer le groupe de travail « Opérationnalisation des critères d'admission en réadaptation ». 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promouvoir l'offre des entrées directes en CTR auprès des médecins traitants.
AXE 4 « VALORISER LES COMPETENCES POUR AMELIORER LES SOINS AUX SENIORS »	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer le "carnet de route" des situations gériatriques rencontrées durant les stages. ✓ Initier des actions d'éducation interprofessionnelle dans le cadre des études de Bachelor. 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise sur pied du cours de formation continue en partenariat avec l'association des médecins de famille VD. ✓ Organiser un symposium interprofessionnel sur le thème « Santé et Vieillesse ». 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Créer la Commission de Formation Vaudois « Vieillesse et Santé » et définir sa mission et son cahier des charges. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Préciser les conditions d'utilisation de la part réservée à la formation telle que définie par la CCT.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Définir des ratios et les intégrer dans les contrats de prestations. 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Créer un groupe de travail dont la mission et de proposer des solutions sur le développement des conditions de travail auprès des seniors favorisant la rétention du personnel. 	
AXE 5 « RENSEIGNER POUR PILOTER LA POLITIQUE VIEILLESSE ET SANTE »	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place un plan d'action pour l'introduction du RAI en EMS comprenant : <ul style="list-style-type: none"> - La réalisation en 2012, en collaboration avec les associations faitières, de l'enquête proposée par l'IUMSP sur les clientèles médico-sociales prises en charge par les CMS et les EMS en y intégrant une partie du RAI/MDS. - La réalisation d'une étude d'impact sur le financement des EMS d'un passage de PLAISIR à RAI, en comparant les données produites simultanément par les deux instruments. - La mise en place d'un soutien aux EMS pour la production de données informatisées issues du RAI-EMS suisse, en développant 1) la formation à l'évaluation par cet instrument, 2) une interface entre RAI et dossier informatisé du résident et 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place, en collaboration avec l'AVASAD, une extraction de données cryptées à partir du RAI/MDS et des prestations enregistrées.

<p>3) l'extraction d'une partie du RAI/MDS cryptée.</p> <p>✓ Mettre en place un projet de recueil et d'analyse des extraits de données générés par l'ensemble des institutions ayant adopté les instruments de la famille RAI.</p>	
	<p>✓ Développer la cohorte Lc65+, envisager des extensions ponctuelles périodiques permettant d'atteindre l'ensemble du canton, explorer la possibilité de transformer ces extensions en relevé périodique longitudinal et de lier les données aux statistiques hospitalières.</p>
<p>✓ Explorer le potentiel des données des centres de confiance SVM (facturation des médecins, des assureurs et des pharmacies).</p> <p>✓ Mettre en place une statistique complémentaire permanente, consacrée aux soins ambulatoires, décrivant un échantillon d'interactions avec la population âgée du canton.</p>	
<p>✓ Définir et mesurer, dans la mesure du possible, pour chaque action à développer à court terme des indicateurs sur la base des données actuellement disponibles.</p> <p>✓ Définir pour chaque mesure/intervention des indicateurs mesurables après la mise en œuvre des recommandations R1 à R3 de l'axe 5.</p>	<p>✓ Donner au COAV une dimension cantonale d'observatoire du vieillissement et de ses implications sur la santé, en pérennisant sa structure et définissant ses liens avec l'IEMS et le SCRIS.</p>
<p>✓ Définir un programme de recherche épidémiologique et sur les services de santé intégrant des aspects économiques, en y intégrant l'évaluation des interventions d'importance stratégique pour la Politique Vieillesse et Santé.</p>	

AXE 1 « PRÉVENIR POUR VIEILLIR EN SANTE »

Cet axe regroupe l'ensemble des actions de prévention et de promotion de la santé qui contribuent à vieillir en santé, en particulier en limitant la perte d'autonomie et d'indépendance (déclin fonctionnel) des personnes âgées.

DES POINTS FORTS

- Il existe de nombreuses prestations de promotion de la santé et/ou de prévention dans le Canton. Celui-ci a notamment joué un rôle pionnier dans la prévention (programme cantonal « ça marche », programme cantonal diabète, programme cantonal de dépistage du cancer du sein, plan cantonal d'action 2008 - 2012 de prévention du tabagisme, autre prévention cardiovasculaire chez les adultes bus ostéoporose, etc...).
- Le canton de Vaud participe activement à l'élaboration des recommandations des Best Practices de Promotion Santé Suisse.
- Certaines des prestations disponibles ciblant plus particulièrement les personnes âgées, fonctionnent bien, et devraient servir de base pour le développement de prestations complémentaires. Quelques-unes sont mentionnées dans le tableau ci-dessous.

Prévention dans le canton de Vaud : quelques exemples

- Actions du Programme ça marche qui s'adressent aux personnes âgées :
 - › Journées de promotion de l'activité physique « Pas de retraite pour ma santé »
 - › Brochures destinées aux seniors « Recettes pour un hiver en pleine forme » et « Astuces pour un hiver en pleine forme »
- Actions du programme diabète
 - › Activité physique adaptée : DIAFIT
 - › Education thérapeutique
 - › Conseil par des pairs
- Programme "Ateliers équilibrés"
- Plan canicule
- Programme cantonal de vaccination contre la grippe
- Cercles de qualité de la prescription médicamenteuse médecins-pharmaciens
- Projet d'assistance pharmaceutique à la prescription médicamenteuse en EMS
- Expérience de visites à domicile organisée en ville de Morges

PROBLÈMES ET ENJEUX

La promotion de la santé et la prévention débutent bien avant l'âge avancé, idéalement dès l'enfance.

Pour le système de santé, l'enjeu est double pour faire face à la vague démographique et à ses conséquences épidémiologiques :

- Poursuivre les efforts de promotion de santé et prévention dans la population générale (enfants, adolescents et jeunes adultes).

- Développer et mettre en place des mesures ciblant spécifiquement les personnes âgées afin de maintenir leur état de santé et leur indépendance fonctionnelle.

Associer prévention et personnes âgées peut paraître paradoxal. Pourtant, certaines mesures de prévention, par exemple cardio-vasculaires, conservent la même efficacité chez les personnes âgées, en particulier robustes. Comme certaines maladies surviennent plus fréquemment avec l'avance en âge, le bénéfice absolu est même supérieur dans ces groupes d'âge. Malheureusement, ce potentiel n'est pas suffisamment exploité et certaines interventions préventives efficaces (par ex. vaccination contre le pneumocoque) ne sont pas proposées à des personnes âgées qui en tireraient pourtant des bénéfices.

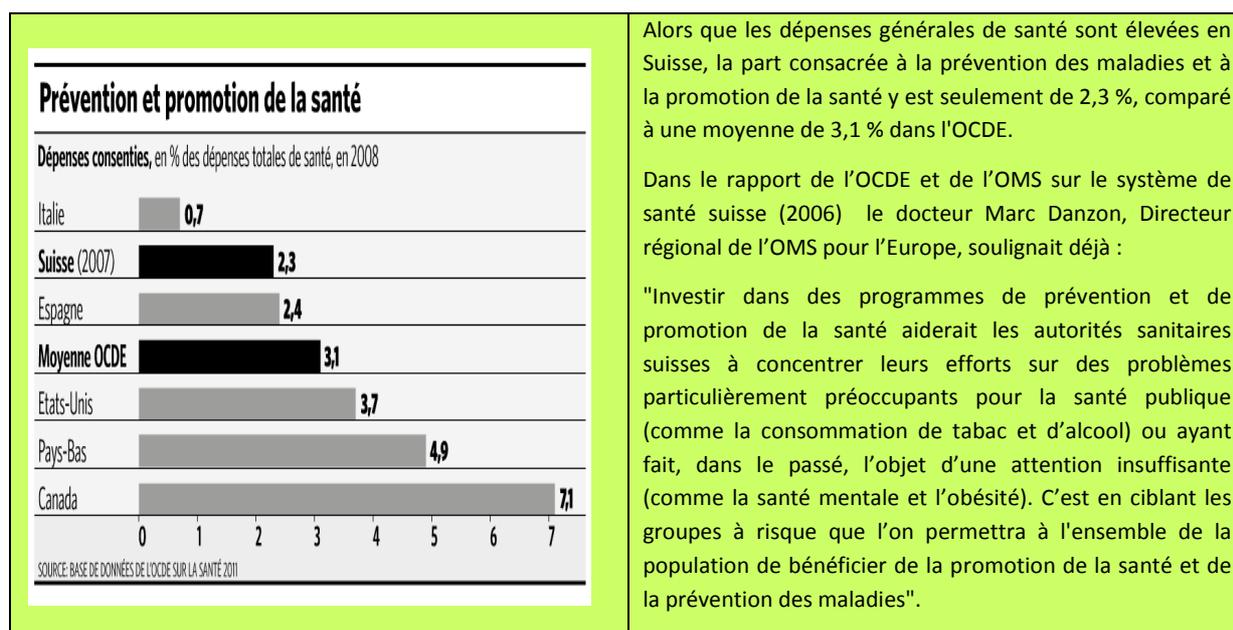
Au plan sanitaire et social, il manque une véritable culture de la prévention. Les réponses à un problème de santé sont prioritairement orientées vers le curatif et insuffisamment vers le préventif. Au plan médical, la discussion des mesures préventives dépend en général plutôt des connaissances et habitudes individuelles. Les prestations préventives indiquées pour un groupe de personnes âgées donné sont souvent mal connues, et donc pas offertes avec la systématique souhaitable.

Similairement, bien qu'il existe environ 2'000 prestations de prévention dans le canton, cette richesse de prestations est hétérogène, mal connue, peu valorisée. En particulier, peu de mesures ciblent spécifiquement la population âgée et très âgée.

Dans le grand public, le niveau de connaissance dans ce domaine diffère d'une personne à l'autre.

Les dépenses suisses en matière de prévention sont largement inférieures à la moyenne européenne. Le financement des prestations de conseil et le remboursement des mesures de prévention sont insuffisants, notamment la prise en charge de ces mesures par les caisses-maladies.

Les médecins de famille n'ont pas de temps pour faire de la prévention. Même si le financement des prestations de conseil en promotion de santé était plus adéquat, le temps à disposition des médecins de famille pour effectuer ce type de prestation serait probablement insuffisant (Yarnall et al, 2003). D'autres approches semblent donc nécessaires pour les appuyer dans cette tâche : de nouveaux modèles de soins et de nouvelles compétences.



Alors que les dépenses générales de santé sont élevées en Suisse, la part consacrée à la prévention des maladies et à la promotion de la santé y est seulement de 2,3 %, comparé à une moyenne de 3,1 % dans l'OCDE.

Dans le rapport de l'OCDE et de l'OMS sur le système de santé suisse (2006) le docteur Marc Danzon, Directeur régional de l'OMS pour l'Europe, soulignait déjà :

"Investir dans des programmes de prévention et de promotion de la santé aiderait les autorités sanitaires suisses à concentrer leurs efforts sur des problèmes particulièrement préoccupants pour la santé publique (comme la consommation de tabac et d'alcool) ou ayant fait, dans le passé, l'objet d'une attention insuffisante (comme la santé mentale et l'obésité). C'est en ciblant les groupes à risque que l'on permettra à l'ensemble de la population de bénéficier de la promotion de la santé et de la prévention des maladies".

OBJECTIFS DE L'AXE 1 « PRÉVENIR POUR VIEILLIR EN SANTE ».

Objectif général : Améliorer la qualité de vie des années restantes.

Objectif spécifique : Augmenter l'espérance de vie sans incapacité, autrement dit, réduire le temps passé en dépendance à l'âge avancé.

L'objectif visé par les interventions de promotion de la santé et de prévention chez les personnes âgées diffère de celui habituellement visé dans la population adulte d'âge moyen. Pour cette dernière, c'est la réduction des morts prématurées qui est l'objectif principal. La limitation des conséquences des maladies n'est le plus souvent qu'un objectif secondaire. Dans la population âgée, l'objectif n'est pas quantitatif (augmentation de la durée de vie) mais bien qualitatif. Il s'agit prioritairement de prolonger **l'espérance de vie en santé**, c'est à dire sans incapacité fonctionnelle (**Figure 1.1**). L'écart entre les deux courbes correspond au temps passé en dépendance dans la population.

Le bénéfice à en attendre concerne aussi bien les personnes elles-mêmes que le système de santé.

Prévention en gériatrie: Mortalité et incapacité

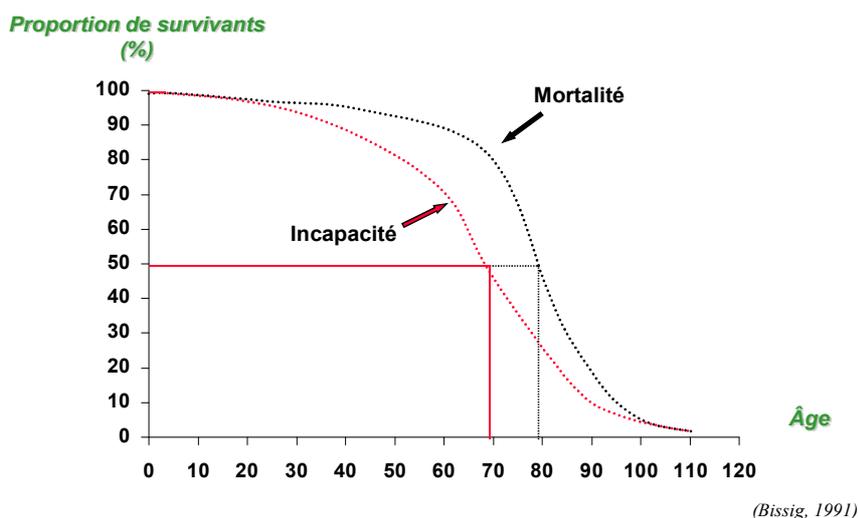


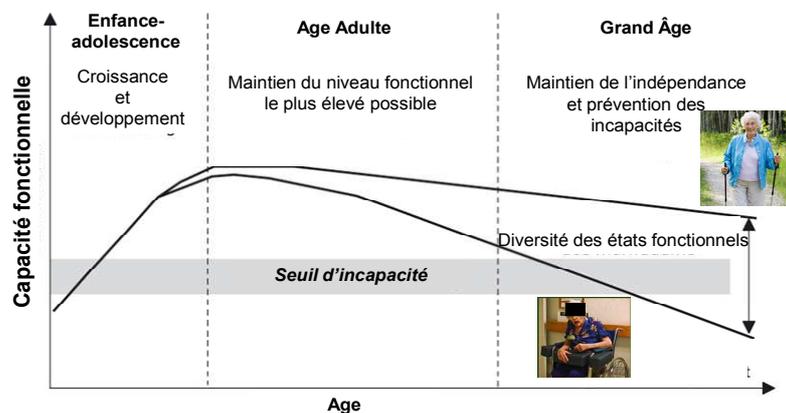
Figure 1.1: Courbes de mortalité et d'incapacité.

Note : Comme dans le reste de la Suisse, l'espérance de vie médiane s'allonge dans le canton de Vaud. La courbe de mortalité représentée dans la **Figure 1.1** se déplace donc vers la droite. Trois scénarios peuvent être envisagés en ce qui concerne l'entrée en dépendance, illustrée par la courbe d'incapacité (en rouge).

- › Dans le **1er scénario** "catastrophe" (dépendance pandémique), la population vit plus longtemps mais rentre en dépendance toujours à peu près au même âge. Il en résulte une augmentation de l'espérance de vie en dépendance, avec comme corollaire une augmentation importante des besoins en services de santé.
- › Dans le **2^{ème} scénario**, l'allongement de l'espérance de vie s'accompagne d'une entrée en dépendance retardée d'autant (scénario de l'équilibre dynamique). Le nombre absolu de personnes âgées augmentant, les besoins en santé croissent mais dans une proportion moindre que dans le premier scénario.
- › Le **3^{ème} scénario** postule des gains en années passées sans dépendance augmentant plus rapidement que les gains en espérance de vie (compression de la morbidité).

Les mesures de prévention et de promotion de la santé proposées dans ce rapport visent à favoriser le 3^{ème} scénario pour la population vaudoise. Ces mesures doivent venir s'ajouter à celles proposées durant l'enfance, l'adolescence et à l'âge adulte, pour contribuer à optimiser la trajectoire fonctionnelle des personnes âgées et ainsi franchir le seuil d'entrée en incapacité à l'âge le plus tardivement possible (**Figure 1.2**).

Maintien des capacités fonctionnelles au cours de la vie



Quelle: Kalache A., Kickbusch I. A global strategy for healthy aging. World Health, 1997

Figure 1.2 : Trajectoire fonctionnelles de l'âge adulte à l'âge avancé.

Deux approches principales et complémentaires sont proposées ici.

- D'une part, le déploiement dans la population âgée de mesures de prévention existantes mais qui, actuellement, ciblent prioritairement l'adulte d'âge moyen. Ces mesures devraient compléter l'existant, le cas échéant l'adapter, et non pas le remplacer.
- D'autre part, la mise en place d'interventions de prévention et de promotion de la santé spécifiques à la population âgée. Ces mesures devraient tenir compte de l'hétérogénéité de cette population (**Figure 1.3**) afin d'offrir des approches et interventions préventives adaptées.

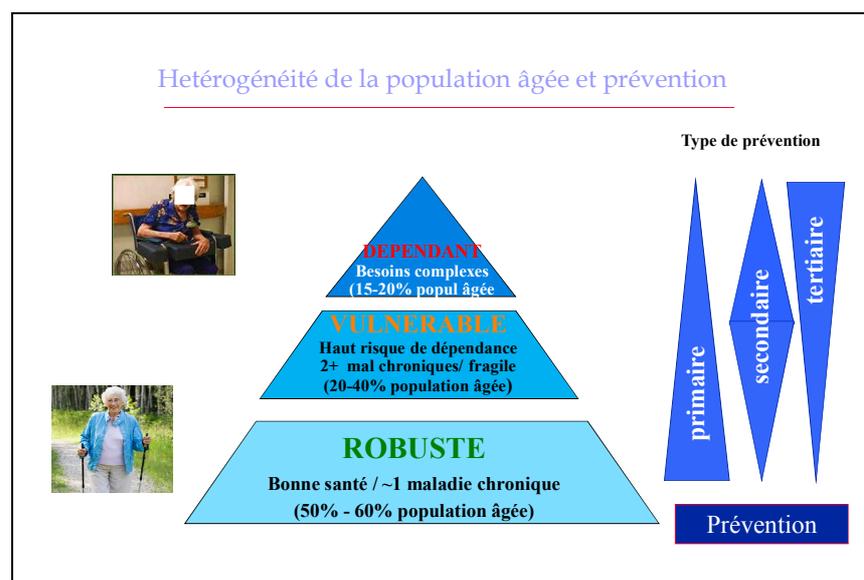


Figure 1.3: Représentation de l'hétérogénéité de la population âgée

Principes spécifiques en lien avec les principes directeurs évoqués en préambule : ces interventions devraient prioritairement :

- **Cibler les facteurs qui ont été associés à un risque accru de déclin fonctionnel** (Stuck AE et al, 1999) soit : *les problèmes médicaux, les médicaments, les chutes, les problèmes cognitifs et les troubles de l'humeur, la malnutrition, le tabac et l'abus d'alcool, le manque d'activité physique, les problèmes de vision et d'audition et la douleur.*
- **Se baser sur les évidences scientifiques** : comme pour l'ensemble des recommandations présentées dans ce rapport, celles concernant la prévention et la promotion de santé tiennent compte des évidences scientifiques disponibles, y compris sous l'angle économique.
- **Différencier les groupes cibles de personnes âgées** considérées comme robustes, vulnérables, et dépendantes en fonction de leur état de santé, fonctionnel et cognitif. En fonction de ces différents groupes-cibles, la combinaison des mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire peut varier (**fig. 1.3**).
- **Favoriser la prise de décision autonome et éclairée des personnes (« empowerment »).**

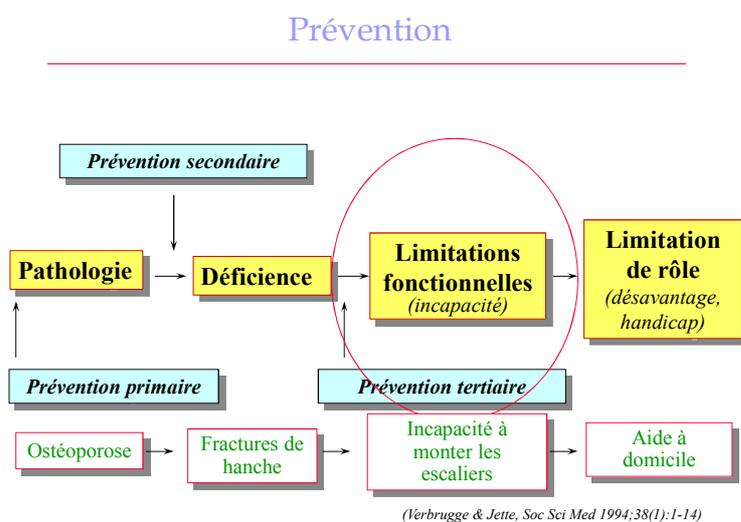


Figure 1.4 : Modèle fonctionnel et types de mesures préventives

La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie (ex : vaccination contre la grippe,...).

La prévention secondaire vise l'amélioration du pronostic des maladies par une prise en charge précoce, grâce à un examen prédiagnostique appliqué à des individus asymptomatiques (ex : dépistage,...).

La prévention tertiaire vise à empêcher les conséquences (invalidantes) des maladies (ex : prise en charge clinique, mesures de réadaptation).

A côté des mesures au plan individuel qui sont préconisées dans ce rapport, il convient de mentionner ici les mesures au plan sociétal (collectif) qui sont susceptibles de contribuer à un « meilleur » vieillissement. Ce sont par exemple, toutes les mesures d'adaptation de l'environnement, ou encore d'encouragement à la participation sociale qui peuvent toutes influencer la qualité du vieillissement. Comme mentionné plus haut, ces mesures ne sont volontairement pas abordées dans le présent rapport (cf page 7, périmètre et limites) mais devraient idéalement compléter le dispositif des mesures proposées ici, dans l'optique d'une véritable politique cantonale « Vieillesse ».

RECOMMANDATIONS AXE 1 « PRÉVENIR POUR VIEILLIR EN SANTÉ »

A1R1 Développer au niveau cantonal des actions de prévention et de promotion de la santé adaptées aux besoins des seniors afin d'agir sur les déterminants d'un vieillissement en santé.

Contexte: l'activité physique est certainement l'intervention pour laquelle il existe les meilleures évidences d'efficacité sur le risque de dépendance et du déclin fonctionnel. Or, avec le programme "ça marche" et les journées "Pas de retraite pour ma santé", les bases existent pour le lancement d'un projet cantonal de promotion de l'activité physique des seniors. Ce projet vise à stimuler l'activité physique combinant approche en groupe et individuelle. Il s'intégrera dans le projet national "Gesundheitförderung" auquel le canton a choisi de s'associer (cf www.gesundheitforderung.ch/bpgfa). Il constitue une base pour développer d'autres interventions de promotion de la santé.

Mesures / interventions :

- M1** Promouvoir pour la population générale, l'activité physique intégrée à la vie quotidienne ainsi qu'une offre adéquate d'activités structurées (reposant sur une méthode et un encadrement, dans le cadre de cours, club de gymn,...) afin d'inciter les seniors à pratiquer une activité physique d'intensité modérée, 3 à 5 fois par semaine, pendant une demi-heure au moins.
- M2** Développer, en lien avec l'activité physique, d'autres interventions de promotion de la santé touchant l'alimentation saine, la vitalité cognitive et la participation sociale.
- M3** Relayer les programmes préventifs s'adressant à l'adulte en intégrant les messages et interventions de promotion de la santé dans le cadre des cours de préparation à la retraite.
- M4** Associer les communes à la réflexion et à la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé des seniors et définir leur rôle dans ce cadre.
- M5** Développer chez les différent-e-s professionnel-le-s de santé et de l'action sociale une culture de prévention et de promotion de la santé, incluant aussi les déterminants sociaux de la santé.
- M6** Développer une campagne d'information sur les mesures de promotion de santé auprès des aînés.
- M7** Développer un support individuel, remis systématiquement à chaque personne arrivant à l'âge de la retraite, afin de permettre la traçabilité des mesures de prévention et de promotion de la santé.
- M8** Analyser les problèmes sociaux émergents ou en mutation (divorce, veuvage, migration, conditions de retraite, mesures médico-légales,...), afin d'adapter l'action sociale et sanitaire à l'évolution des besoins.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
Développer un carnet de santé pour les seniors.	Déployer le projet « Pas de retraite pour ma santé »+.

A1R2 Identifier les personnes à risque de perte d'autonomie et leur proposer des interventions préventives et une prise en charge appropriées.

Contexte : les approches préventives ciblant une maladie ou un problème de santé sont relativement faciles à implémenter séparément. Cependant, les personnes âgées sont souvent déjà saturées de multiples recommandations, s'ajoutant aux traitements de leurs maladies chroniques. Chez ces personnes, **le défi de la prévention est de proposer une approche globale, systématique et structurée** pour :

- a) investiguer les déterminants médicaux, fonctionnels et sociaux des trajectoires fonctionnelles ;
- b) sélectionner, en fonction du profil de risque individuel, les investigations (y compris dépistage) et traitements médicaux, changements d'habitudes, et interventions sociales susceptibles d'apporter le maximum de bénéfices ;
- c) définir, en fonction des priorités identifiées par la personne, un plan d'action individualisé.

Ce type d'approche a été testé chez les personnes âgées dans différents cadres et a démontré des bénéfices en termes d'utilisation des mesures préventives, de maintien des capacités fonctionnelles, de prolongement du maintien à domicile et de réduction du risque d'institutionnalisation.

Mesures / interventions :

- M1** Pour la *population robuste* : Adapter et proposer un questionnaire d'auto-évaluation de type "Profil de santé" (Health Risk Appraisal for the Elderly, HRA-E) afin d'identifier les facteurs de risque de déclin fonctionnel. Cette prestation pourrait être offerte, par exemple, lors de l'évaluation périodique de l'aptitude à la conduite. Proposer différentes modalités de prise en charge en fonction des risques identifiés, en lien avec les habitudes individuelles, les problèmes de santé, et de participation sociale (Dapp U et al., 2011 ; RAND corporation, 2000).
- M2** Pour la *population vulnérable* : Développer un programme de détection des risques et d'interventions, notamment un programme de visites préventives à domicile, selon les modèles efficaces (Huss A et al., 2008) .
- M3** Pour l'*ensemble de la population* : sensibiliser aux enjeux de promotion de la santé et prévention par des interventions de type campagne d'information, visite populationnelle non ciblée ("outreach" visit).
- M4** Pour les *clients des CMS* : développer une approche préventive ciblant à la fois les clients permanents des CMS (population dépendante) mais aussi les clients épisodiques (population vulnérable) en utilisant les informations recueillies à l'aide du RAI-domicile.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
✓ Constituer un groupe de travail « Approches préventives communautaires » dont le but est de définir le concept « Profil de risque et visites préventives ».	

A1R3 Consolider le programme cantonal de vaccination en l'adaptant aux besoins spécifiques de la population âgée.

Contexte : l'utilisation des vaccins est certainement l'une des mesures préventives importantes et efficaces. Même si l'efficacité de certains vaccins diminue avec l'avance en âge, la population âgée est une population cible importante car c'est elle qui se trouve à haut risque de morbidité et de mortalité lors d'infection. En particulier, même chez les personnes âgées dépendantes, ces infections sont autant/surtout responsables d'un déclin fonctionnel accéléré plutôt que de décès. Une protection adéquate de la population âgée vaudoise peut donc contribuer à l'objectif de maximiser la période de vie sans dépendance. Les vaccins contre la grippe (influenza, vaccin annuel) et le pneumocoque (vaccin une fois après 65 ans) sont recommandés chez toute personne de plus de 65 ans.

Si la situation dans le canton est satisfaisante, en particulier en ce qui concerne la vaccination contre la grippe, des améliorations sont néanmoins possibles. D'abord, le taux d'immunisation contre le pneumocoque dans la population de 65 ans et plus est faible (probablement moins de 20%). D'autre part, le taux de vaccination des professionnels de la santé contre la grippe reste faible (environ 40%) dans certains milieux de soins. Or, un taux élevé chez les professionnels garantit une meilleure protection aux personnes âgées, en particulier en milieu de long séjour.

Mesures / interventions :

- M1** Promouvoir la vaccination contre le pneumocoque et prévoir ses modalités de financement (Maruyama T et al., 2010).
- M2** Inciter toutes les institutions (hôpitaux aigus, CTR, EMS, CMS) à renforcer une politique de vaccination institutionnelle à l'intention des patients/résidents et de leurs collaborateurs (Hayward AC et al., 2006).
- M3** Renforcer les actions d'information et de promotion afin de convaincre tout professionnel s'occupant de personnes âgées de se vacciner contre la grippe.
- M4** Améliorer la traçabilité des vaccins de la personne âgée (carnet de santé, eHealth, ...).
- M5** Réévaluer la pertinence d'autres vaccinations (herpès zoster).

Actions à développer à court terme (2012-2014):

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
✓ Développer un programme de vaccination pneumocoque (à intégrer dans le carnet de santé).	✓ Renforcer la politique de vaccination contre la grippe.

A1R4 Promouvoir une utilisation appropriée des médicaments dans la population âgée.

Contexte : la polymédication (utilisation de 5-6 médicaments ou plus) est très fréquente chez les personnes âgées en raison de leurs multiples maladies. L'utilisation simultanée de plusieurs guidelines ciblant une seule maladie chronique (diabète, hypertension, etc.) chez les malades chroniques polymorbides peut conduire à des aberrations thérapeutiques (Boyd CM et al., 2005). La polymédication est responsable de multiples effets néfastes (erreurs de prise, interactions entre médicaments, entre médicaments et autres pathologies, ...). Les cercles de qualité médecins-pharmaciens, l'assistance pharmaceutique en institution (hôpital aigu, CTR, EMS, ...) sont des interventions susceptibles d'améliorer la qualité de la prescription médicamenteuse (Spechbach H et al., 2011).

Certains médicaments, en particulier les somnifères, ont un rapport risques (chutes, fractures, état confusionnels) /bénéfices nettement défavorable chez les personnes âgées. Une campagne d'information sur les effets délétères de ces médicaments devrait contribuer à améliorer les connaissances du grand public et, partant, à réduire la demande de prescription pour ces médicaments.

Mesures /interventions :

- M1** Déployer le projet d'assistance pharmaceutique à la prescription médicamenteuse dans les EMS.
- M2** Renforcer les cercles de qualité médecins-pharmaciens en les proposant sur l'ensemble du territoire cantonal et en favorisant la participation des médecins.
- M3** Développer l'assistance pharmaceutique en milieu hospitalier aigu dans les services à haute densité de personnes âgées (médecine interne, traumatologie, chirurgie) afin d'améliorer la prescription et préparer la transition « médicamenteuse » en aval (Spinewine a et al., 2007 ; Santschi V et al., 2011).
- M4** Améliorer la continuité de la prescription médicamenteuse (calendrier support papier commun CMS-EMS-hôpital-médecin de famille).
- M5** Mettre en place une campagne d'information grand public sur les dangers de la polymédication et de la prescription de somnifères chez les personnes âgées.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
✓ Lancer une campagne d'information « Pas de somnifère pour ma grand-mère ! »	✓ Déployer les cercles qualité médecins-pharmaciens / assistance pharmaceutique pour la prescription médicamenteuse (communauté, EMS).

Groupe de travail « Promotion et Prévention de la santé » :

Les recommandations et mesures de l'axe 1 ont été discutées dans le cadre du Groupe de travail « Promotion et prévention de la santé », **présidé par le Prof. C. Büla**. Ce groupe s'est réuni 5 demi-journées entre avril et novembre. Nous remercions vivement les personnes ci-dessous pour leur implication et leur participation enthousiaste et constructive.

- **Mme Virginie Bertschi**, cheffe de projet au Service des Prestations, AVASAD
- **Prof. Christophe Büla (présidence)**, chef de service, Service de gériatrie et réadaptation gériatrique, CHUV
- **Mme Laurence Calame**, responsable de l'Espace Prévention Ouest
- **Dresse Hedi Decrey Wick**, médecin de famille, co-présidente de l'AMF-Vaud
- **M. René Goy**, directeur adjoint, Pro Senectute Vaud, membre du comité d'experts
- **Mme Vlasta Mercier**, responsable cantonale pour la promotion de la santé, division Programmes de santé publique et prévention, Service de la santé publique
- **Dresse Immaculee Nahimana Tessemo**, médecin coordinateur, Unité HPCI, CHUV
- **Mme Francesca Piazza**, adjointe, section maintien à domicile et solidarités intergénérationnelles, Service des assurances sociale et de l'hébergement
- **Mme Catherine Piguet**, responsable processus développement des compétences, APREMADOL
- **Dresse Laurence Seematter-Bagnoud**, cheffe de clinique, Service de gériatrie et réadaptation gériatrique et Institut de Médecine Sociale et Préventive, CHUV

Ouvrages consultés et références :

- Boyd CM et al. JAMA 2005; 294:716-724.
- Dapp U et al. J Gerontol Biol Sci Med Sci 2011; 66:591-598.
- Hayward AC et al. BMJ 2006; 333:1241.
- Huss A et al. J Gerontol Biol Sci Med Sci 2008; 63:298-307.
- Maruyama T et al. BMJ 2010; 340:c1004.
- RAND corporation, 2000.
- Santschi V et al. Arch Intern Med 2011; 171:1441-1453.
- Spechbach H et al. Rev Med Suisse 2011; 7:1864-1870.
- Spinewine A et al. J Am Geriatr Soc 2007; 55:658-665.
- Stuck AE et al. Soc Sci Med, 1999; 48:445-469.
- Yarnall et al. Am J Public Health, 2003; 93:635-641.

AXE 2 « COORDONNER LES SOINS POUR MIEUX VIEILLIR CHEZ SOI »

Cet axe regroupe l'ensemble des actions qui renforcent la politique vaudoise de maintien à domicile, tant en ce qui concerne la coordination du système de soins que les prestations fournies à domicile. Cet axe intègre aussi les mesures concernant l'hébergement de long séjour, soit le dernier « chez soi ».

DES POINTS FORTS

- La politique de maintien à domicile du canton de Vaud est efficace, elle permet au canton d'avoir l'un des taux d'institutionnalisation les plus bas de Suisse.

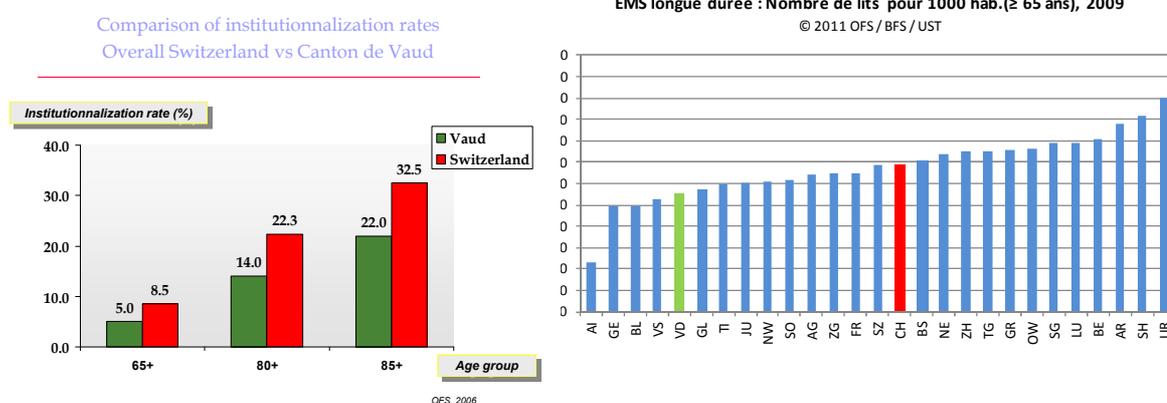


Figure 2.1: (A) Comparaison du taux d'institutionnalisation moyen en Suisse et dans le canton de Vaud; (B) Nombre de lits de long séjour par 1'000 habitants en Suisse et par Cantons.

- Le réseau médical du canton de Vaud est dense, même si certaines régions périphériques commencent à avoir de la peine à renouveler leurs médecins de 1^{er} recours. L'accès aux médecins de famille est encore aisé, et a lieu, le plus souvent encore, dans des délais rapides. Contrairement à de nombreux systèmes de soins, l'accès direct aux spécialistes reste possible, et la qualité des prestations médicales de 1^{er} recours est généralement jugée excellente.
- Les associations de soins à domicile ont développé, dès leur mise en place, une culture orientée vers la prise en charge interdisciplinaire de personnes âgées et très âgées. Les CMS offrent des prestations d'excellente qualité, visant à répondre à la fois aux problèmes sanitaires et sociaux rencontrés lors des prises en charge de personnes âgées dépendantes. La pratique des CMS va se renforcer et s'enrichir grâce à l'intégration de l'outil d'évaluation gériatrique globale "Resident Assessment Instrument (RAI)-domicile" dans l'ensemble du canton. Cet outil leur permettra d'opérer une mutation progressive aboutissant à la planification des prises en charge sur la base d'une évaluation systématique, structurée, et standardisée de leurs patients.

- L'accès aux prestations fournies par d'autres professionnels de santé qui n'ont pas intégré les CMS (en particulier les physiothérapeutes) reste aisé dans la plupart des régions du canton.

- Le « Guide info pour la Personne âgée à domicile et ses proches » s'inscrit dans la volonté du



Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud d'améliorer l'accessibilité à l'information auprès des personnes âgées vivant à domicile, de leurs proches et des professionnels qui leur apportent un soutien. Ce guide offre un aperçu des prestations de base fournies dans certains domaines et vise à faciliter l'abord et la résolution des multiples problèmes qui peuvent surgir à certaines étapes de la vie.



- La brochure « L'essentiel sur les droits des patients » offre un cadre solide, sur lequel les différents intervenants peuvent s'appuyer, pour promouvoir l'élaboration de directives anticipées ainsi que la désignation d'un représentant thérapeutique.

- Une commission consultative pour le soutien direct aux proches aidants actifs dans le maintien à domicile a été créée en 2011. Elle est chargée d'élaborer les principes cantonaux qui serviront de base au développement de prestations de soutien direct aux proches, tout au long du parcours de l'aidant.

- Les EMS du canton ont développé un nombre important de prestations variées, allant de l'hébergement de long séjour traditionnel, à l'accueil de jour dans le cadre des Unités d'Accueil Temporaire (UAT), en passant par les séjours de courte durée. Ces prestations sont disponibles sur l'ensemble du territoire cantonal et la participation financière de l'Etat permet d'offrir cette palette de prestations à l'ensemble des personnes éligibles.

Le "Programme d'investissements de modernisation des établissements médico-sociaux" (PIMEMS) a permis de renforcer et d'adapter l'offre aux besoins de la population, notamment avec l'augmentation des chambres à un ou deux lits.

- Certains dispositifs de soins communautaires ont déjà une organisation à l'échelon cantonal visant à répondre à un objectif de coordination et de cohérence des prestations :
 - Réseau cantonal coordonné de cliniques mémoires en cours de réalisation.
 - Programme cantonal de soins palliatifs.
 - Equipes mobiles de psychiatrie de l'âge avancé en constitution et à disposition du réseau de soins.
 - Réseau de consultations ambulatoires et communautaires de gériatrie en constitution et à disposition du réseau de soins.
- Les BRIOS (Bureaux régionaux d'information et d'orientation), au cœur des réseaux de soins, jouent un rôle central dans l'utilisation coordonnée des ressources médico-sociales. Les infirmières de liaison, à l'interface des institutions, ont pour mission l'orientation et l'organisation de la sortie du patient hospitalisé. A ce titre, elles établissent un projet tenant compte de sa situation médico-sociale et de son entourage.

- Les associations d'intérêt public (Pro Senectute, Association Alzheimer, ...) jouent un rôle important dans la politique de maintien à domicile. Leurs prestations et actions complètent et renforcent celles des institutions.

PROBLÈMES ET ENJEUX

La politique de maintien à domicile, répond aux préférences des personnes âgées mais aussi à un objectif de maîtrise des coûts. Les effets du vieillissement démographique toucheront aussi les soins communautaires qui devront faire face à l'augmentation du nombre absolu de personnes âgées et très âgées dépendantes recourant à leurs services. Il s'agira donc de continuer à offrir des prestations afin de maintenir ces personnes à domicile le plus longtemps possible mais dans de bonnes conditions. Seule l'interaction de mesures conjointes et convergentes d'identification précoce des problèmes de santé et sociaux menaçant ce maintien et d'interventions sur ces facteurs par les différents intervenants des champs sanitaires et sociaux permettront de relever ce défi.

Les prises en charge à domicile se complexifient : davantage de comorbidités, de pathologies mentales, de chronicité, mais aussi d'interventions techniques. Les prestations évoluent pour répondre aux différents besoins des patients et les professionnels engagés sur le terrain doivent adapter leurs compétences pour évaluer ces besoins et y répondre. Il s'agit surtout d'anticiper, dans les situations complexes, en particulier celles de personnes âgées dépendantes : les événements à risque doivent pouvoir être dépistés au bon moment afin d'éviter des hospitalisations en urgence qui aboutissent alors souvent à une institutionnalisation.

L'itinéraire de la personne âgée dans le système de santé est lui aussi marqué par une complexité clinique et institutionnelle. Les prises en charge de patients âgés souffrant de maladies chroniques se heurtent à de nombreuses difficultés : fragmentation des interventions, multiplicité des acteurs, cloisonnements interinstitutionnels, système d'information déficient. Des mesures doivent être proposées pour améliorer les interfaces, faciliter les transitions interinstitutionnelles, et favoriser la continuité des prises en charge. Le maintien à domicile n'est possible que par l'intervention de nombreux professionnels. Il s'agit pour eux de développer une nouvelle culture de coopération et de coordination, idéalement appuyée par des mécanismes incitatifs et un système d'information solide et performant.

Les cloisonnements entre professionnels de l'hôpital et du domicile, la fragmentation entre les institutions des domaines sanitaires et sociaux rendent cependant difficile une véritable coordination des prestations. Les personnes en situation complexe (en particulier, celles se trouvant dans la portion des "dépendants" de la pyramide de population âgée, cf page 8, **Figure 1.2**) sont les plus exposées aux conséquences de cette fragmentation :

- difficulté de trouver le bon interlocuteur
- redondance des évaluations
- rupture de continuité des soins ou services
- insatisfaction des usagers et de leurs proches
- fatigue et renoncement des aidants
- utilisation inappropriée de l'hôpital et des urgences.

La coordination des intervenants autour de la personne âgée dépendante apparaît comme un défi majeur, notamment dans une optique de continuité des soins. La coordination doit être d'autant plus intense que les prestataires de soins sont interdépendants.

Malheureusement, les mécanismes de financement par catégorie de prestations accroissent le cloisonnement des institutions, préoccupées avant tout par leurs propres résultats. Ces mécanismes ne favorisent pas la coopération des institutions et leur contribution à un objectif de fonctionnement global et efficient du système.

L'organisation du système de soins est encore largement hospitalo-centrée. L'hôpital reste prédominant dans le système alors que l'épidémiologie a changé. Pourtant, si l'hôpital est efficace pour la prise en charge d'épisodes aigus, il peine à s'adapter aux enjeux de la prise en charge des patients souffrant de pathologies chroniques. Son attractivité va au-delà des activités pour lesquelles son efficacité est reconnue et de nombreuses hospitalisations inappropriées contribuent à saturer l'ensemble du système (Huard P, Schaller P, 2010). L'organisation du système de soins doit évoluer vers un modèle centré sur le patient, et donc le domicile et la communauté. Il s'agit aussi de promouvoir un modèle susceptible de réconcilier les champs sanitaires et sociaux, rapprochement indispensable pour adresser efficacement l'ensemble des problèmes médico-sociaux intriqués qui caractérisent les soins chroniques.

De son côté, les intervenants de 1^{ère} ligne (médecin de famille, CMS, policlinique médicale,...) doivent constituer le point d'entrée du patient dans le système de soins. Ils devraient aussi avoir la responsabilité principale du dépistage, de la prévention, du traitement des pathologies aiguës et du suivi des pathologies chroniques (Huard P, Schaller P, 2010). Le médecin de famille joue un rôle central dans la relation de proximité et de confiance avec le patient, ainsi que pour son suivi sur une longue période. Ce rôle de suivi et de coordination est d'autant plus important que la personne est âgée et dépendante. Cependant, le médecin de famille a très peu de temps pour assurer les tâches de coordination indispensables lorsque la situation est complexe. Cette insuffisance est renforcée par un système de facturation à l'acte qui ne finance pas les activités de coordination. Le recours élevé aux urgences est un marqueur visible d'une organisation des soins de 1^{er} recours qui intègre encore difficilement les spécificités de la personne âgée. Le médecin de famille doit pouvoir bénéficier de nouveaux modèles d'organisation de soins de premiers recours, afin d'être déchargé de la responsabilité opérationnelle directe de la coordination au profit d'un pilotage.

Les proches aidants jouent un rôle majeur dans le maintien à domicile des personnes âgées, en particulier dépendantes. La politique de maintien à domicile vaudoise ne saurait être réalisée sans leur apport précieux. Or, ce rôle d'aidant peut avoir des conséquences négatives sur leur propre santé ou leur vie professionnelle et sociale.

De plus, l'évolution de la société et les projections démographiques laissent envisager une pénurie de proches aidants dans les années à venir (**Figure 2.2**, page 38). Il est donc nécessaire de soutenir ce rôle dans le cadre d'une politique globale et ciblée de soutien aux aidants, dessinée conjointement par les professionnels sociaux et sanitaires.

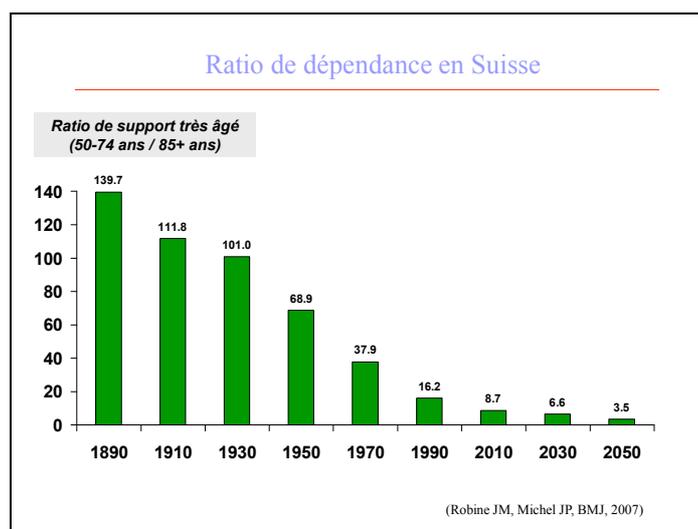


Figure 2.2: Ratio du nombre d'aidants naturels âgés de 50-74 ans par rapport au nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en Suisse de 1890 à 2050.

Par ailleurs, il existe une incertitude sur la place que pourrait prendre l'arrivée de travailleurs privés dans le maintien à domicile. Ainsi, la conjoncture économique inquiétante en Europe pourrait favoriser un scénario similaire à celui observé en Allemagne dans les années nonante. L'apparition dans les soins à domicile de travailleurs privés en provenance des pays de l'Est (Pologne en particulier) avait modifié les prévisions de besoins en ressources pour les soins chroniques.

Finalement, le potentiel de la technologie dans le maintien à domicile n'est actuellement pas encore bien caractérisé et donc exploité. Des mesures de télésurveillance et de téléassistance pourraient, à l'avenir, alléger la charge des proches aidants. Dans le futur, certaines mesures pourraient aussi venir en appui aux professionnels pour identifier plus précocement des changements d'état de santé et fonctionnel. Il existe cependant très peu d'offre réellement opérationnelle en dehors de la téléassistance². La présence de l'UNIL et de l'EPFL place le Canton de Vaud en excellente position pour assurer une veille technologique dans ce domaine.

Malgré l'effort de promouvoir les directives anticipées et le répondant thérapeutique sur le plan cantonal, ces recommandations sont peu suivies. Par exemple, parmi les patients (moyenne d'âge ~82 ans) admis en réadaptation gériatrique au CUTR Sylvana après un séjour hospitalier, seuls 5 à 6 % des patients ont nommé un représentant thérapeutique, et moins de 1% ont des directives anticipées. De plus, lorsqu'elles existent, les directives anticipées ne suivent souvent pas le patient dans son parcours de soins. Ces directives peuvent pourtant contribuer à mieux respecter les choix et valeurs des patients âgés. Quels sont les actes appropriés qui donneront de la qualité aux années à vivre aux aînés ? Quel équilibre trouver entre soins curatifs et palliatifs ? Une réflexion éthique est nécessaire pour adresser ces différentes interrogations et promouvoir des mesures d'accessibilité et d'adéquation des soins aux aînés.

² Technologies de l'autonomie et soutien à domicile, 2009 ; <http://www.dent.caissedesdepots.fr>.

Avec le renforcement du maintien à domicile, l'institutionnalisation devient le dernier recours. La **population des EMS évolue, avec un haut niveau de dépendance, des pathologies plus lourdes et une forte prévalence de démences**. La philosophie des EMS orientée pour en faire de véritables lieux de vie reste totalement pertinente, mais doit être renforcée par une philosophie de soins adaptée à l'évolution des besoins médicaux des résidents.

La pénurie en lits d'hébergement des dernières années a suscité des réflexions débouchant sur des solutions alternatives à l'hébergement qui peuvent potentiellement contribuer à renforcer la politique de maintien à domicile.

Les nouvelles constructions et la modernisation d'établissements de long séjour doivent pouvoir répondre à la demande des résidents d'un espace privatif plus marqué au sein de l'EMS. De même, sur le plan architectural, il est souhaitable que les EMS puissent compter sur une modularité de leur structure, compte tenu de la diminution de la population âgée prévue dès 2050, avec, par exemple, possibilité de reconversion des chambres en appartements protégés ou en logements standards.

OBJECTIFS DE L'AXE 2 « COORDONNER LES SOINS POUR MIEUX VIEILLIR CHEZ SOI ».

Objectif général : Répondre à l'évolution des besoins et attentes, en matière de soins, de la population âgée vulnérable ou dépendante.

Objectifs spécifiques :

1. Renforcer le maintien à domicile en développant l'offre de prestations.
2. Améliorer, dans une perspective d'intégration des soins, les mécanismes de coordination entre intervenants et entre institutions (transition).
3. Poursuivre le développement des structures et processus de soins dans les institutions de long séjour.

La coordination des soins :

Les patients âgés souffrant de maladies chroniques multiples et dépendants sont particulièrement exposés aux limites d'un système de santé encore trop orienté sur les prises en charge des pathologies aiguës.

Pour répondre à ces difficultés, de nombreuses approches (care et case management, disease management, managed care, etc...) ont été développées, visant en général à améliorer la coordination entre intervenants. Ces modèles de coordination varient en fonction des populations ciblées, allant de patients jeunes atteints d'une seule maladie jusqu'aux patients âgés polymorbides et dépendants.

Malheureusement, aucun modèle de prise en charge des maladies chroniques n'a réellement démontré une efficacité clinique et une efficacité économique clairement supérieures (Kane RI. J 2009;)(Smith SM et al., 2007) :

- Les modèles de prise en charge spécifique à des maladies (e.g., diabète, insuffisance cardiaque) semblent plus améliorer les prestations elles-mêmes ("process") que le pronostic des patients âgés ("outcomes")

- Certains programmes de soins intégrés ont permis de diminuer les hospitalisations et les admissions de long séjour, mais leurs effets sur l'état de santé et fonctionnel, ainsi que sur les coûts globaux, restent encore insuffisamment démontrés (Boult C et al. 2000).

Au plan international, la coordination des services est abordée depuis 3 décennies sous l'angle de l'intégration qui accompagne en général des politiques de désinstitutionalisation et de renforcement des soins de 1^{ère} ligne. Pour la population âgée, ces modèles d'intégration interviennent prioritairement auprès des personnes dépendantes et ils ont montré des résultats encourageants tant sur l'état de santé des populations que sur les pratiques professionnelles et l'utilisation des ressources.

- Le modèle COPA (Coordination Personnes Agées) (M de Stampa, I Vedel, juin 2010) est un des premiers modèles d'intégration des soins avec gestion de cas implanté en France. Ce modèle a pour but d'améliorer la qualité du maintien à domicile et d'éviter certaines hospitalisations et passages aux urgences des personnes âgées en situation dites complexes. COPA intensifie les services de première ligne avec l'implantation de gestionnaire de cas qui coordonnent les intervenants auprès de la personne, renforce le rôle du médecin traitant avec la création d'un binôme médecin-gestionnaire de cas et consolide l'interface avec les services hospitaliers par la création de l'équipe de support composée en particulier de gériatres.
- En parallèle, le dispositif PRISMA (D Somme et O Saint-Jean, 2010) a été expérimenté en France de 2006 à 2008, suite aux résultats observés dans les expériences québécoises (diminution du taux d'entrée en institution, diminution du poids de la prise en charge ressentie par les aidants, moindre recours aux urgences, plus grand recours aux généralistes,...). Selon la méthode PRISMA, l'intégration des services à la personne âgée se réalisent lorsque sont mis en place les mécanismes et les outils d'intégration suivants :
 1. **La concertation** occupe une fonction centrale, à différents niveaux (stratégique, opérationnel, clinique) et débouche sur des prises de décision donnant lieu à des modifications de pratiques institutionnelles et professionnelles des acteurs du réseau. La concertation permet de s'approprier le modèle, mais surtout de l'appliquer localement.
 2. **La gestion de cas** est un processus standardisé de prise en charge des personnes âgées dépendantes en situation complexe. Basé sur l'évaluation des besoins, la gestion de cas vise à améliorer le suivi au long cours de la personne en coordonnant les différents intervenants sociaux, médico-sociaux et sanitaires impliqués dans la trajectoire de soins.
 3. **Le guichet unique/intégré** permet un accès de proximité (quelle que soit la structure) à l'accueil et l'information, à partir duquel la population est orientée vers la ressource adaptée. Ce guichet réunit les partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires autour de pratiques communes, d'outils partagés et de processus articulés.
 4. **Un outil d'évaluation standardisé et validé** des besoins de la personne âgée en perte d'autonomie doit être défini afin de réduire les redondances d'évaluation et d'intervention. Un tel outil participe à l'intégration des services et permet de développer un langage et un référentiel communs nécessaires à l'ajustement du travail des différents professionnels et à leur reconnaissance mutuelle.

5. **Le plan de service individualisé** est la démarche issue de l'évaluation de la situation sur la base de l'outil standardisé. Il s'élabore avec la personne, en partenariat avec les intervenants concernés et en concertation avec le médecin traitant.
6. **Le système d'information partagé permet aux professionnels de disposer de procédures standardisées de partage d'informations relatives aux personnes âgées en gestion de cas.**

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. C'est pourquoi ce dispositif d'intégration a été diffusé à large échelle dans le cadre du plan Alzheimer, sous le nom de dispositif MAIA (Maison de l'Autonomie et de l'Intégration des malades Alzheimer). 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 des BRIOS, le choix du RAI comme outil d'évaluation dans les soins à domicile et la volonté d'unifier les systèmes d'informations, sont autant d'éléments qui permettent d'envisager la mise en œuvre d'un tel dispositif dans chacun des réseaux.

Cependant, les mécanismes financiers actuels ne permettent pas une telle innovation organisationnelle. En effet, la dynamique instaurée par la LAMal (tarif à la prestation ou à l'acte, associé aux produits d'assurance classiques) exerce une pression qui va à sens contraire. Destiné historiquement à financer la prise en charge d'affections aiguës, elle insuffle logiquement une dynamique de spécialisation et de cloisonnement des prises en charge.

Le décloisonnement du système de soins suppose l'instauration d'un mécanisme financier incitant l'ensemble des fournisseurs à s'organiser pour fournir des soins intégrés. **Un mécanisme d'incitation propre à l'intégration doit être créé par les pouvoirs publics responsables de l'approvisionnement en soins.**

Des modèles développés pour améliorer les soins chroniques :

De nombreux modèles ont été développés afin d'améliorer les prises en soins chroniques. Parmi ceux-ci, le modèle « **Guided Care** » paraît intéressant à investiguer (Boult C, 2008 ; Boult CM, 2007). Ce modèle est destiné à la prise en charge de patients âgés, souffrant de multiples pathologies (patients « dépendants »). Il est basé sur l'intervention d'infirmières communautaires spécialement formées, collaborant étroitement avec un médecin de 1^{er} recours. L'infirmière en charge d'un patient :

- 1) effectue une évaluation structurée et standardisée à domicile;
- 2) élabore un plan de prise en charge, basé sur les évidences ;
- 3) réévalue périodiquement (mensuellement) et encourage l'adhérence aux recommandations;
- 4) coordonne les prestations des professionnels impliqués dans la prise en soins ;
- 5) lisse les transitions entre les différents lieux de soins ;
- 6) encourage la responsabilisation et l'autonomie du patient dans sa prise en soins ;
- 7) informe et soutient les proches aidants ;
- 8) facilite l'accès aux ressources communautaires appropriées.

Ce modèle est susceptible de réduire l'utilisation du système de santé et donc les coûts (Leff B, 2008).

D'autres modèles, comme **GRACE** (Counsell S, 2007), **PACE** (Temkin-Greener H, 2008), ou encore **SIPA** (Béland F et al. 2006) ont également démontré des bénéfices potentiels pour les patients et le service de santé. La pertinence de leur application dans notre environnement sanitaire doit être investiguée.

Même s'ils s'adressent à des populations légèrement différentes (plus ou moins dépendantes, déjà candidates à l'entrée en long séjour, bas revenu,...) tous ces programmes reposent sur une philosophie identique associant une évaluation structurée et standardisée initiale, permettant d'élaborer un plan de prise en soins basé sur les évidences scientifiques et les bonnes pratiques, qui est ensuite appliqué en soutenant et encourageant le patient, ses proches, et en coordonnant les interventions entre les différents professionnels appelés à s'occuper du patient.

Les maisons médicales centrées sur le patient aux Etats-Unis :

Un mode d'organisation des cabinets de premier recours sous forme de **patient centered medical home (PCMH)** est actuellement activement promu et expérimenté aux États-Unis. Ce modèle vise à répondre aux déficiences de la prise en charge des patients chroniques dans les cabinets traditionnels et à revaloriser le statut matériel et économique des médecins de premier recours. Il repose pour l'essentiel sur une prise en charge des patients par une équipe sous la direction du médecin et sur l'utilisation intensive des nouvelles technologies de communication et d'information. Les principes de fonctionnement sont les suivants :

- 1) les patients du PCMH sont suivis par un médecin personnel ;
- 2) ce médecin dirige une équipe qui assure collectivement la prise en charge des soins ;
- 3) les soins sont coordonnés (prestataires de soins, environnement du patient) ;
- 4) l'activité de soins s'appuient sur des systèmes de soins efficaces ;
- 5) l'accès aux soins est facilité (horaires, mails, téléphone) ;
- 6) les performances du cabinet sont mesurées ;
- 7) la rémunération soutient le modèle de soins (prise en compte du temps de coordination, supervision d'équipe, investissements informatiques).

Ce mode d'organisation est promu par des associations représentatives de médecins mais aussi par les assureurs santé et les pouvoirs publics. Il repose en effet sur un modèle économique censé être gagnant-gagnant. L'amélioration de la prise en charge par la médecine de premier recours est censée entraîner des économies sur les dépenses d'hospitalisation. Si de nombreuses expérimentations sont en cours, on ne dispose pas de données probantes permettant d'affirmer que les PCMH seront en mesure de générer des économies significatives (Bras PL, 2011). A Genève, un tel modèle d'organisation est expérimenté dans le cadre de « Cité Générations ».

L'hébergement :

La prise en charge en EMS doit tenir compte de l'évolution de la clientèle, à la fois sur le plan de la qualification du personnel et sur celui des processus de prise en charge qui devraient être basés sur une culture d'évaluation et d'interdisciplinarité :

- Le ratio de personnel diplômé et non diplômé en EMS (25% diplômé vs 75% non diplômé) est l'inverse de celui exigé, par exemple, dans les structures d'accueil de la petite enfance (80% diplômé vs 20% non diplômé). La pertinence d'un rééquilibrage des compétences disponibles en long séjour doit être étudiée afin de répondre à l'évolution du profil et des besoins en soins des résidents.
- La culture de l'évaluation globale est, comme dans le reste du système de soins, encore insuffisamment développée en milieu de long séjour. Le potentiel de l'outil PLAISIR pour contribuer à la prise en soins n'est pas exploité. Il faut investiguer les possibilités de concilier les objectifs d'une documentation à buts à la fois cliniques et financiers. A ce titre, l'outil RAI-EMS paraît théoriquement intéressant, avec un potentiel d'appui à la formation et permettant également une exploitation dans une optique de qualité (benchmarking). Pour les personnes suivies par le CMS, le RAI offrirait également l'avantage de faciliter la transmission d'information du domicile vers l'EMS au moment de l'hébergement.
- Une meilleure définition du rôle du médecin répondant d'EMS et son intégration réelle dans l'équipe de soins pourrait renforcer la culture d'interdisciplinarité et améliorer les prises en soins. Cette intégration paraît nécessaire pour mieux répondre aux besoins croissants des résidents actuellement admis. L'utilisation d'une approche structurée à l'aide d'instruments cliniques pourrait favoriser cette évolution.
- Chaque EMS devrait aussi pouvoir compter sur des compétences médicales spécialisées, gériatriques et psychogériatriques.

Le concept de centre alternatif à l'hébergement, favorisant une entrée progressive en EMS, semble correspondre aux souhaits des patients et de leur famille. Ce concept offre un énorme potentiel dans le maintien à domicile en favorisant aussi les synergies entre les intervenants des domaines sanitaires et sociaux.

L'offre en appartements protégés n'est pas planifiée. L'impact potentiel sur les besoins futurs en lits de long séjour reste largement inconnu, en partie parce que les prestations qui y sont offertes sont relativement hétérogènes. Si ces structures se révèlent être de véritables alternatives à l'hébergement de long séjour, les besoins futurs en lits C pourraient être atténués. Ce ne sera pas le cas si les appartements protégés ne constituent qu'une étape supplémentaire dans la trajectoire des personnes âgées dépendantes.

Note : Construction d'habitats adaptés : le Danemark ne construit plus de maisons de retraite depuis 1987. Depuis plus de 20 ans, ce pays a développé, dans le cadre des politiques incitatives au maintien à domicile, une politique volontariste pour répondre aux problèmes d'habitat liés à l'âge. Cette approche intégrée, qui est une des caractéristiques de la politique danoise, agit à la fois sur le logement et sur l'offre de services à la personne, ces deux dimensions étant toujours pensées comme complémentaires. La priorité est alors mise sur le développement des logements adaptés et sur les efforts d'adaptation du domicile des personnes âgées. Ainsi, lorsque le logement d'une personne ne permet pas son maintien à domicile, la commune a l'obligation de se charger des aménagements nécessaires à titre gratuit ou de proposer un autre logement adapté, de surface équivalente et dans le même quartier. L'adaptation du logement et la mise en place d'une surveillance via un système d'alarme sont des dimensions majeures de la politique de maintien à domicile danoise, complémentaires de l'octroi des services à domicile.

RECOMMANDATIONS AXE 2 «COORDONNER LES SOINS POUR MIEUX VIEILLIR CHEZ SOI ».

A2R1 Renforcer les prestations et les processus favorisant le maintien à domicile.

Contexte: Le soutien à domicile sera renforcé par des prestations ciblées, résultant d'une évaluation globale de l'état fonctionnel (RAI-domicile), en lien avec le médecin-traitant. Une offre diversifiée en structure de répit et de soutien aux aidants doit accompagner et compléter ces prestations directes de soins aux personnes âgées dépendantes. Par exemple, l'UAT représente une opportunité pour offrir des prestations complémentaires à l'accueil de jour, notamment dans le domaine de la prévention du déclin fonctionnel par l'activité physique adaptée. L'UAT pourrait aussi servir de lieu d'évaluation lors de demandes par le médecin traitant (consultations spécialisées). La mission du court séjour de répit tend à être remplacée, dans certaines régions du canton, par du court séjour s'apparentant à de la suite de traitement post-hospitalier. Il y a lieu de mieux explorer les implications de cette évolution.

Mesures / interventions :

- M 1** Déployer dans le cadre des soins à domicile le projet d'aide à l'interprétation de l'évaluation compréhensive RAI-domicile et à l'élaboration d'un projet de prise en charge, en coordination avec les médecins de famille, afin d'adapter les prestations aux besoins des différentes personnes âgées.
- M 2** Développer l'articulation avec le projet cantonal « Proches aidants » afin de tenir compte des besoins spécifiques des aidants s'occupant de personnes âgées.
- M 3** Mettre en place dans chaque réseau (BRIO) une plateforme d'information (site internet) à destination des patients et de leurs proches.
- M 4** Investiguer de nouvelles modalités de séjours de répit, notamment à domicile, et d'alternatives à l'hébergement de long séjour.
- M 5** Etudier l'adaptation des prises en charge en court séjour selon les profils et besoins des patients, lorsqu'ils sont admis pour un séjour post-hospitalier.
- M 6** Compléter les prestations des UAT dans une optique de prévention et de réadaptation communautaire (en lien avec les mesures de l'axe 1 dans le domaine de promotion de l'activité physique).
- M 7** Mettre en place un observatoire de veille concernant la technologie de la santé et de l'autonomie des seniors.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soutenir le projet d'interprétation RAI-domicile ✓ Soutenir et piloter le projet de plateforme d'information des BRIOs. ✓ Soutenir le projet du SASH d'implémentation d'un outil d'évaluation de la charge des proches aidants et définir les prestations adaptées et coordonnées pour répondre à leurs besoins.

A2R2 Renforcer la 1^{ère} ligne dans la prise en soins des personnes âgées

Contexte:

L'efficacité d'un système de santé dépend en grande partie de la performance et de la qualité du réseau de 1^{er} recours, constitué des médecins de famille et, pour les personnes âgées dépendantes, des soins à domicile. Le médecin de famille occupe un rôle central dans la prise en soins des personnes âgées. Il peut être confronté à la difficulté à faire face aux besoins de coordination dans les situations complexes, lorsque les acteurs des champs sanitaires et sociaux doivent intervenir conjointement. Il est nécessaire d'imaginer de nouvelles modalités d'appui au médecin pour lui faciliter la gestion et le suivi de ces situations complexes. Ceci est d'autant plus important compte tenu de la pénurie annoncée de médecins. Les cabinets médicaux en pratique de solo sont progressivement remplacés par des cabinets de groupe. Le développement d'une offre de centre réunissant à proximité CMS, cabinet médical de groupe, et d'autres professionnels de santé pourrait offrir un nouveau modèle organisationnel adapté à la prise en charge des personnes âgées et favorisant les synergies entre les différents services de proximité.

Mesures / interventions :

- M1** Soutenir le développement de nouveaux modèles organisationnels intégrant la médecine de proximité pour répondre aux besoins des personnes âgées.
- M2** Renforcer la collaboration CMS et médecins de famille en structurant les modalités de rencontre et d'échange d'information.
- M3** Mettre à disposition des médecins de famille de nouvelles compétences afin de les soutenir dans leur travail (coordination des soins médico-sociaux, promotion de santé, prévention, promotion des directives anticipées).
- M4** Développer des Centres de santé communautaires en regroupant dans le même périmètre CMS-EMS-Appartements protégés-cabinet de groupe médical-cabinet physio-antenne associations (Pro Senectute, Association Alzheimer,...).
- M5** Faciliter, pour le médecin traitant, l'accès en temps réel à l'information concernant son patient (examens médico-techniques pratiqués à l'hôpital, consultations spécialisées, prescriptions médicamenteuses, informations recueillies par les CMS).
- M6** Renforcer les collaborations entre les professionnels médicaux et sociaux, au profit de la complémentarité de leurs champs d'intervention en matière de santé, en particulier dans les situations où des difficultés sociales influencent négativement l'état de santé.
- M7** Sur la base d'une analyse préalable, répondre aux urgences médico-sociales en mobilisant et en coordonnant l'ensemble des ressources du réseau de soins (garde médicale, policliniques, CMS, équipes mobiles et consultations communautaires gériatriques et de psychiatrie gériatrique, hôpitaux).

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
✓ Analyser les urgences médico-sociales et proposer des réponses adaptées.	✓ Développer l'intégration du médecin traitant dans le colloque interdisciplinaire des CMS dans les situations complexes.

A2R3 Enrichir et compléter l'offre médico-sociale en hébergeant autrement.

Contexte:

La vague démographique des baby boomers atteindra son sommet en 2030 environ. Il est nécessaire de trouver des solutions flexibles d'hébergement afin de répondre aux préférences de la population, de limiter les coûts structurels et anticiper les possibilités de reconversion de certaines structures. L'EMS de demain doit aussi adapter sa prise en charge en fonction de l'évolution de sa clientèle, qui est institutionnalisée en dernier recours et dont la durée de séjour diminue.

Mesures/ Interventions

- M 1** Adapter l'offre médico-sociale en développant les structures intermédiaires (UAT, appartements protégés, court séjour), et étudier le déploiement des appartements protégés pour évaluer leur impact sur la planification médico-sociale.
- M 2** Investiguer de nouvelles modalités alternatives à l'hébergement de long séjour, y.c. les possibilités d'adaptation du domicile.
- M3** Renforcer les compétences interdisciplinaires de l'EMS en intégrant le médecin répondant d'EMS dans la structure de direction.
- M4** Pour chaque direction d'EMS, garantir l'accès à des compétences spécialisées (gériatriques et psycho-gériatriques), notamment afin de contribuer à la définition de la politique de soins institutionnelle.
- M5** Adapter la dotation et la qualification du personnel en EMS afin de tenir compte de l'évolution des besoins des résidents.
- M6** Déployer le dispositif de psychiatrie gériatrique de liaison à l'ensemble des EMS et CMS du canton (en lien avec le plan Alzheimer et le déploiement des équipes mobiles de psychiatrie gériatrique).
- M7** Soutenir la réflexion sur les outils d'évaluation et de financement des EMS (outil intégré de type RAI-EMS).

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Déployer les centres alternatifs à l'hébergement. ✓ Adapter et appliquer le nouveau cahier des charges du médecin répondant d'EMS (formation, compétences, rôle,...)

A2R4 Améliorer la continuité et la coordination des soins.

Contexte: Le système actuel ne favorise pas la continuité des prestations et la prise en charge globale et conjointe d'une population âgée, dépendante et complexe. Il s'agit d'améliorer la continuité des soins et les transitions, notamment en favorisant l'utilisation d'outils d'information communs, d'accès facilité pour les professionnels. La coordination des soins doit s'intensifier en fonction du niveau de complexité de prise en charge et du niveau d'interdépendance des intervenants.

Mesures / interventions :

- M1** Exploiter le support e-Health afin de développer un système d'information commun aux partenaires du réseau et accessible aussi depuis le domicile du patient (pour les professionnels).
- M2** Déterminer les avantages et inconvénients de l'adoption d'une famille d'outil intégré (type RAI) d'évaluation gériatrique globale dans l'ensemble du système de soins pour favoriser la continuité et la qualité des transitions.
- M3** Intégrer un extrait du RAI/MDS au document médico-social de transmission.
- M4** Garantir, pour les équipes infirmières des CMS, l'accès aux informations médicales (ordonnance pour médicaments, diagnostics, DMST, ...).
- M5** Valoriser et financer le temps de coordination des soins, à tous les niveaux de soins (domicile, médecin de famille, EMS)
- M6** Mettre en place des *Centres Régionaux Ambulatoires et Communautaires - Personnes Âgées (CRAC-PA)* regroupant la consultation ambulatoire de gériatrie, la consultation ambulatoire de psychiatrie de l'âge avancé et la consultation mémoire.
- M7** Implanter dans chaque réseau un modèle d'organisation de soins intégrés selon la méthode PRISMA ciblant les personnes âgées dépendantes en situation complexe basé sur :
 - la mise en œuvre d'un « Guichet intégré » incluant une coordination gériatrique
 - une gestion de cas rattachée au niveau des BRIOs
 - une plateforme opérationnelle pour résoudre les dysfonctionnements identifiés par les gestionnaires de cas
- M8** Adapter les mécanismes de financement des institutions afin de favoriser la coopération et l'implantation de modèle de soins intégrés.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Déployer la gestion de cas dans les réseaux, dans le cadre d'un modèle de soins intégrés 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégrer les informations du RAI-MDS dans le DMST, sous la responsabilité du groupe de travail DMST. ✓ Assurer au CMS l'accès au DMT soins aigus. ✓ Promouvoir l'information sur le RAI auprès du corps médical et généraliser la transmission des évaluations RAI aux médecins-traitants. ✓ Soutenir le déploiement des CRAC-PA (Consultations Régionales Ambulatoires et Communautaires- Personnes Âgées)

A2R5 Promouvoir les mesures d'accessibilité et d'adéquation des soins en favorisant l'expression des choix individuels et le respect des valeurs des patients.

Contexte:

L'utilisation des directives anticipées reste relativement confidentielle. Pourtant, les personnes âgées, en particulier celles qui sont dépendantes et souffrent de comorbidités psychiatriques, sont particulièrement exposées au risque de rationnement implicite. Inversement, en l'absence de directives ou représentant, le danger d'acharnement "investigationnel" ou thérapeutique existe.

Mesures / interventions :

- M1** Favoriser l'utilisation des directives anticipées et la désignation d'un représentant thérapeutique.
- M2** Assurer leur diffusion et leur utilisation dans les différentes structures de soins.
- M3** Favoriser une réflexion sur les questions liées au rationnement implicite dans les différentes commissions éthiques du canton.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
✓ Soutenir le projet-pilote « Directives anticipées/le respect de l'autonomie de la personne », un partenariat entre les médecins de famille lausannois et Pro-Senectute.	

Groupe de travail « Organisation et coordination des soins » :

Les recommandations et mesures de l'axe 2 et 3 ont été discutées dans le cadre du Groupe de travail « Organisation et coordination des soins », **présidé par le Dr Stéphane David, membre du comité d'experts**. Ce groupe s'est réuni 5 demi-journées entre avril et novembre. Nous remercions vivement les personnes ci-dessous pour leur implication et leur participation enthousiaste et constructive.

- **Dresse Wanda Bosshard Taroni**, médecin-chef adjointe, Hôpital de Lavaux
- **Prof. Christophe Büla**, chef de service, Service de gériatrie et réadaptation gériatrique, CHUV
- **Mme Patrizia Clivaz Luchez**, directrice Apromad, AVASAD
- **Mme Stéphanie Colombey**, Infirmière cheffe de coordination, Hôpital Riviera
- **Dr Stéphane David (présidence)**, médecin installé, président de l'ALSMAD
- **Mme Anne-Claude Griesser**, adjointe à la direction médicale, CHUV
- **Prof. Armin von Gunten**, chef de service, Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé, CHUV
- **M. Pierre Hirt**, chef de la division EMS, SSP
- **M. André Jordan**, directeur du service transversal des prestations, AVASAD
- **Dr Sébastien Jotterand**, médecin de famille, Aubonne
- **M. Yves Kuhne**, secrétaire général, Réseaux Nord Broye, représentant CORES
- **Mme Anne-Dominique Micheli**, adjointe de la Section sociale, SASH
- **Dr Marcos Schwab**, médecin-chef, Service de médecine interne et soins intensifs, Hôpital de Nyon
- **M. Christian Weiler**, directeur de la Fondation Primerocroche

Ouvrages consultés et références :

- Béland F et al. J Gerontol Biol Sci Med Sci, 2006; 61:367-373.
- Boulton C et al. BMJ 2000;321:1011-1014.
- Boulton C, J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2008; 63: 321-327.
- Boulton CM, Gerontologist 2007; 47: 697-704.
- Bras PL, Prat Organ Soins. 2011;42(1):27-34.
- Counsell S, JAMA 2007 ;298 :2623-2633.
- Huard P, Schaller P, Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques, Pratiques et organisations des soins volume 41, no3, 2010.
- Leff B, Am J Manage Care 2008 ;15 :555-559.
- Temkin-Greener H, J Gerontol 2008 ;63 :731-738.
- D Somme et O Saint-Jean, Rapport PRISMA France, Intégration des services aux personnes âgées : la recherche au service de l'action.
- M de Stampa, I Vedel, Impact de la coordination sur l'état de santé, les pratiques professionnelles et le recours aux services pour les personnes âgées dépendantes à domicile, rapport final, juin 2010.
- Kane RL. J Am Geriatr Soc 2009; 57: 2338-2345.
- Smith SM et al. Cochrane Database Syst Rev, 2007:CD0004910.

AXE 3 « ADAPTER L'HÔPITAL POUR PRÉSERVER L'INDÉPENDANCE DES SENIORS »

Cet axe regroupe l'ensemble des mesures qui incitent l'hôpital à amorcer, et lui permettront de réussir, son adaptation au nouveau contexte épidémiologique. Elles visent en particulier à limiter les effets néfastes de l'hospitalisation sur l'indépendance fonctionnelle et l'autonomie des patients âgés. Il comprend aussi des mesures de l'offre en réadaptation et suite de traitement.

DES POINTS FORTS

- Les Réseaux de soins sont sensibilisés aux besoins de la population âgée et disposent d'une bonne documentation de l'évolution de ces besoins en termes de planification.
- Le canton de Vaud dispose d'un réseau hospitalier dense et performant.
- Chaque réseau dispose d'un ou plusieurs CTR, dont la mission s'est progressivement orientée vers la prise en charge de personnes âgées et très âgées. La plupart des CTR ont développé des compétences spécifiques dans ce type de prise en charge, désormais renforcées par la présence accrue de gériatres. Les conditions sont favorables pour développer des synergies avec les services de soins aigus afin d'y diffuser les connaissances et outils spécifiques à la prise en charge interdisciplinaire des personnes âgées.

PROBLÈMES ET ENJEUX

L'hôpital aigu n'est actuellement pas préparé à faire face à l'évolution épidémiologique. L'hôpital de la deuxième moitié du 20^{ème} siècle a été conçu pour prendre en charge des maladies aiguës, de courte durée. Au modèle traditionnel de soins, centrés sur les prises en charge épisodiques et de courte durée de ces maladies aiguës, doit maintenant succéder un modèle de soins au long cours de pathologies chroniques dégénératives. Dans ce modèle, la continuité des soins occupe une place prépondérante, l'hospitalisation s'inscrit comme un événement ponctuel dans une trajectoire de soins des patients âgés. L'hôpital du 21^e siècle doit adapter sa façon de soigner ces patients afin de limiter ses effets iatrogènes, à savoir les effets négatifs sur l'indépendance (fonctionnelle) de la personne âgée, induits par l'hospitalisation.

Une large part de l'activité hospitalière est déjà dédiée à la prise en charge d'une population âgée :

- En 2008, 47% de l'ensemble des séjours du CHUV sont attribuables aux personnes âgées de 65 ans et plus (65+), et **un séjour sur cinq concerne les personnes âgées de 80 ans et plus**³.
- Ces proportions sont plus élevées dans certains services, comme la médecine, la chirurgie générale, viscérale, et orthopédique qui doivent donc être considérés comme des services à haute densité de personnes âgées (**Tableau 3.1**).

³ Seematter L et al. COAV, Centre d'observation et d'analyse du vieillissement : Personnes âgées et séjours hospitaliers en soins somatiques et psychiatriques au CHUV-2010.

Tableau 3.1 : Nombre absolu et proportion de séjours de patients de 65-79 ans et 80 ans et plus dans différents services au CHUV et à l'Ensemble Hospitalier du Nord Vaudois (eHnv) en 2010.

	CHUV - Nbre de cas sortis 2010			eHnv - Nbre de cas sortis 2010		
	Médecine interne	Chirurgie viscérale et urologique	Chirurgie orthopédique	Médecine interne	Chirurgie générale	Chirurgie orthopédique
Nbre total de cas	3'936	3'692	3'904	3'103	2'356	1'875
65 et plus	71%	42%	43%	68%	40%	51%
65-79 ans	1'191	1'085	995	875	546	556
en %	30%	29%	25%	28%	23%	30%
80 et plus	1598	470	698	1243	401	404
en %	41%	13%	18%	40%	17%	21%

- En 2008, 75% des patients âgés de 80 ans et plus qui ont été hospitalisés au CHUV y ont été admis depuis le Service des Urgences¹.
- Entre 2005 et 2010, le nombre d'admission de personnes âgées et très âgées augmente régulièrement. Alors que le nombre d'admissions de personnes âgées de 18-64 ans a augmenté de 18%, **l'augmentation atteignait 46% pour les 85 ans et plus.** (Figure 3.1)⁴.

Evolution entre 2005 et 2010 des admissions aux Urgences du CHUV
% pour chaque classe d'âge

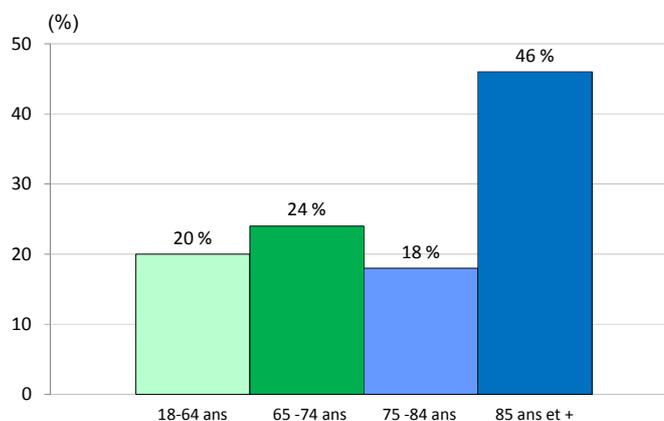


Figure 3.1 Augmentation entre 2005 et 2010 (en %) du nombre d'admissions aux Urgences du CHUV, en fonction de l'âge

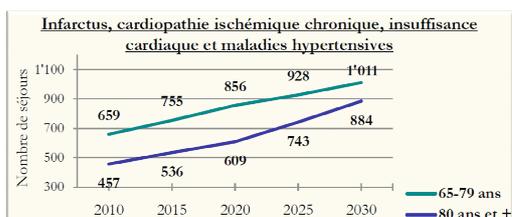
La situation épidémiologique se modifie :

- Le nombre de patients souffrant d'une ou plusieurs maladies traditionnellement associées au vieillissement va augmenter (Paccaud, 2006). L'hôpital aigu devra continuer à faire face aux affections aiguës et prendre en charge un nombre croissant de

⁴ Etude Villepert S et al. sur les urgences du CHUV, 2011.

décompensations aiguës d'affections chroniques liées au vieillissement : maladies cardio-vasculaires (infarctus du myocarde, cardiopathie ischémique et insuffisances cardiaques décompensées), neurologiques (maladie de Parkinson, accidents vasculaires cérébraux (AVC), métabolique (diabète), cancers (colorectal, broncho-pulmonaire, sein, prostate), maladies respiratoires (BPCO, pneumonie), démences, troubles affectifs, fractures de la hanche.

Hospitalisation en soins aigus Maladies cardio-vasculaires



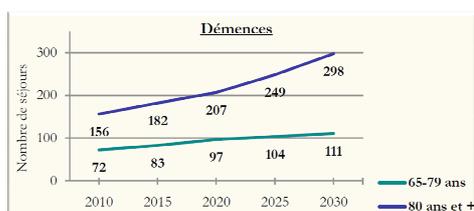
(Seematter L, et al. COAV, 2011)

Hospitalisation pour fracture de hanche



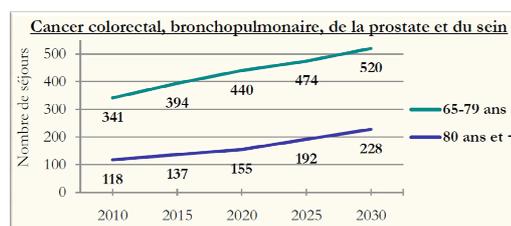
(Seematter L, et al. COAV, 2011)

Hospitalisation pour démences



(Seematter L, et al. COAV, 2011)

Hospitalisation en soins aigus Oncologie



(Seematter L, et al. COAV, 2011)

Figure 3.2: Projections 2010-2030 du nombre d'hospitalisations de personnes âgées au CHUV pour différentes pathologies aiguës ou décompensations aiguës de pathologies chroniques : Maladies cardio-vasculaires ; Fractures de hanche; Démences ; Cancers.

- La complexité des soins va encore s'accroître en raison de la polymorbidité des patients âgés. Par exemple, le nombre médian de diagnostics à la sortie d'une hospitalisation aiguë est de 7 pour les patients âgés de 65 ans et plus, comparé à 4 pour ceux de moins de 64 ans (Seematter L et al., 2011).

L'hospitalisation constitue en soi un facteur de risque du déclin fonctionnel pour les personnes âgées. On estime qu'environ 50% du déclin fonctionnel survenant dans une population âgée survient à l'occasion d'une hospitalisation aiguë (Gill TM et al., 2004). Les causes du déclin fonctionnel sont multiples, cumulatives et synergiques :

- La maladie ou décompensation aiguë, particulièrement si elle est sévère, peut jouer un rôle dans cette perte d'indépendance, mais elle n'en est pas la seule explication.

- L'état fonctionnel antérieur de la personne (robuste, vulnérable ou dépendante) va aussi influencer sa capacité à faire face pour éviter un déclin et/ou en récupérer, en fonction de sa réserve fonctionnelle.
- Les personnes âgées hospitalisées ont aussi **deux fois plus de risque de présenter des complications durant un séjour hospitalier**. Ces complications peuvent à leur tour générer un déclin additionnel.
- Mais le **déclin fonctionnel à l'hôpital est en grande partie attribuable à des processus de soins et à un environnement mal adaptés** aux besoins des personnes âgées hospitalisées. Il en résulte souvent une réduction de la mobilité (par exemple, en raison d'une perfusion i.v.), une dénutrition (par ex, en raison d'exams interférant avec l'heure des repas), une chute (par ex, en l'absence de rampe dans les couloirs), ou encore un état confusionnel aigu (en raison d'un somnifère prescrit de façon inappropriée) qui vont précipiter la survenue de nouvelles incapacités fonctionnelles. Au moins **30% des personnes de 70 ans ou plus sortent d'une hospitalisation aiguë avec une dépendance fonctionnelle nouvelle ou accrue** (Gill TM et al., 2010). Ce déclin s'ajoute à celui lié à la maladie ayant motivé l'hospitalisation.
- A long terme, la récupération fonctionnelle dépendra bien sûr de l'offre de soins en aval de l'hospitalisation aiguë, en particulier en termes de réadaptation.

Note: Le **déclin fonctionnel** lié à une hospitalisation est le plus souvent défini comme la perte de capacité à effectuer seul(e) une ou plusieurs activités de la vie quotidienne (faire sa toilette, s'habiller, faire ses transferts hors du lit ou d'une chaise, utiliser les WCs, manger, ou encore se déplacer dans une pièce). **Ce déclin accroît les risques de nécessiter une admission en long séjour** (Fortinsky RH et al., 1999 ; Gill TM et al., 2004).

L'hôpital doit faire évoluer la prise en charge traditionnelle orientée « maladie » vers une prise en charge plus globale, orientée « patient », et adapter ses processus de prise en charge.

- Les services de soins aigus doivent impérativement mieux intégrer la nécessité de considérer les patients âgés dont ils sont en charge dans leur globalité (Tableau 3.2). Ceci implique, notamment, **d'appliquer un modèle de soins intégrant l'approche fonctionnelle, basée sur une évaluation systématique des capacités fonctionnelles et cognitives des patients âgés** (cf modèle intégré).
- L'enjeu pour les services hospitaliers aigus est donc de **réduire les risques de déclin fonctionnel pour leurs patients âgés**. Cela implique **d'orienter les processus de prise en charge dans une optique de prévention et de réadaptation (pré-réadaptation)**, autrement dit, de stimuler les capacités fonctionnelles restantes et entraîner celles perdues afin de les restaurer. Outre les bénéfices pour le patient, une telle approche permettra de réduire les besoins, pour ces patients, d'une réadaptation stationnaire à la suite d'une hospitalisation.

Tableau 3.2 : Caractéristiques de 2 modèles de soins cliniques (Tinetti M, Fried T)

Modèle "traditionnel"	Modèle intégré et "individualisé"
Décision clinique centrée prioritairement sur le diagnostic, la prévention, et le traitement de maladies individuelles.	Décision clinique centrée prioritairement sur les priorités et préférences du patient.
Une pathologie unique est responsable de la maladie ; les facteurs psychologiques, sociaux, culturels, environnementaux et autres sont des déterminants secondaires et non primaires de la maladie.	Les problèmes de santé sont vus comme la résultante de l'interaction complexe entre facteurs génétiques, environnementaux, psychologiques, sociaux et autres.
Le traitement cible les mécanismes physiopathologiques qu'on pense responsables de la maladie.	Le traitement cible tous les facteurs modifiables qui pourraient contribuer au problème de santé qui affecte les objectifs de santé du patient.
La meilleure façon d'aborder les symptômes et les incapacités est de diagnostiquer et traiter la/les maladies "responsable(s)".	Les symptômes et les incapacités sont la cible prioritaire du traitement même en l'absence d'une maladie potentiellement responsable.
Les résultats de prise en charge à atteindre sont définis par la/les maladie(s).	Les résultats de prise en charge sont définis individuellement par les préférences de chaque patient.
La survie est habituellement la cible prioritaire de la prévention et du traitement des maladies.	La survie n'est qu'un objectif parmi d'autres.

La mesure de l'état fonctionnel (activités de la vie quotidienne) des patients n'est actuellement pas pratiquée de routine, et donc jamais documentée chez les patients âgés hospitalisés. Or, c'est un des meilleurs paramètres pour prédire la trajectoire fonctionnelle de la plupart de ces patients et leurs besoins en prestations de soins (orientation).

Similairement, les performances de mobilité ou la présence de troubles cognitifs, respectivement d'un syndrome démentiel, sont encore trop rarement évalués et documentés. Or, ces paramètres constituent, pour les personnes âgées, les meilleurs prédicteurs de leur devenir au plan fonctionnel, de leur risque d'institutionnalisation et de décès, pendant comme après l'hospitalisation (Walter LC et al., 2001).

L'introduction des SwissDRG devrait justement inciter les hôpitaux à amorcer ce changement. En effet, cette nouvelle structure tarifaire prévoit des DRG gériatriques qui reconnaissent et financent de manière plus appropriée la prise en charge spécifique des personnes âgées à l'hôpital, en particulier lorsqu'elle incorpore une approche de « pré-réadaptation ».

Toutefois, la facturation de ces DRG gériatriques est assortie d'un certain nombre de conditions structurelles et organisationnelles permettant une prise en charge précoce en gériatrie, telles que traitement sous la responsabilité d'une équipe spécialisée dirigée par un gériatre et appliquant des pratiques d'évaluation et prise en charge reconnues.

Les considérations concernant les processus de prise en charge ne s'appliquent que partiellement aux hôpitaux de psychiatrie de l'âge avancé. En effet, la psychiatrie de l'âge avancé a été d'emblée conçue spécifiquement pour la prise en charge de patients âgés. Par contre, certaines des structures hospitalières existantes sont aujourd'hui désuètes sur le plan architectural. Les constats concernant l'évolution de l'épidémiologie (plus de patients très âgés, souffrant de comorbidités plus nombreuses, etc.) sont pertinents pour ces hôpitaux aussi.

Les CTR ont développé un savoir-faire spécifique qui permet à 75% des patients âgés, qui y sont admis suite à une hospitalisation, de rentrer à domicile. Les CTR répondent à un réel besoin pour ces patients comme pour la chaîne de soins. En améliorant les capacités fonctionnelles de ces patients, la

réadaptation, en particulier post-aiguë, augmente leur chance de retour à domicile et contribue aussi à atténuer l'augmentation des besoins en lits de long séjour (Bachmann S, et al., 2010). Le rôle des CTR va s'accroître en raison des effets du vieillissement démographique.

Lits de réadaptation (lits B) pour 10000 habitants, par réseau de soins Canton de Vaud (2011 / lits pour 10 000 habitants)

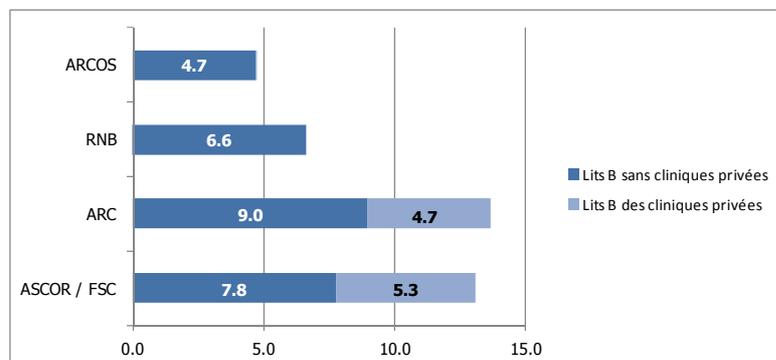


Figure 3.3 : Répartition des lits B pour 10'000 habitants

Compte tenu de l'évolution démographique, le besoin en lits de réadaptation devrait s'accroître. Par exemple, les besoins en lits B ont été estimés à 4 lits supplémentaires par année pendant les 20 prochaines années.⁶ L'enjeu est de pouvoir continuer à offrir des prestations de réadaptation appropriées aux personnes âgées le nécessitant, en particulier les plus vulnérables. Des alternatives à la réadaptation stationnaire devraient être proposées afin de répondre aux besoins futurs tout en atténuant les besoins de nouveaux lits B.

OBJECTIFS DE L'AXE 3 « ADAPTER L'HÔPITAL POUR PRÉSERVER L'INDÉPENDANCE DES SENIORS ».

Objectif général : Préserver / récupérer l'indépendance fonctionnelle et promouvoir l'autonomie des personnes âgées hospitalisées.

Objectifs spécifiques :

1. Faire évoluer les pratiques professionnelles et adopter, dès l'admission en soins aigus, des processus de soins spécifiques aux besoins des patients âgés.
2. Assurer l'orientation adéquate des patients lors de l'admission et en cours d'hospitalisation afin d'éviter le déclin fonctionnel iatrogène.
3. Améliorer l'accès aux prestations de réadaptation et suite de traitement en adaptant l'offre aux besoins et en la diversifiant.

⁵ Les CTR : état des lieux et perspectives, mandat demandé par le groupe Label CTR à Antares Consulting.

⁶ Seematter L et al. COAV, Centre d'observation et d'analyse du vieillissement : Personnes âgées et séjours hospitaliers en soins somatiques et psychiatriques au CHUV-2010.

Il s'agit d'implémenter en soins aigus un programme spécifique dont le but est d'instaurer une véritable culture de soins aux âgés dans l'ensemble des services hospitaliers prenant en charge des personnes âgées, y compris les services à faible densité de personnes âgées. Cela touche aussi bien les processus de soins que les aspects structurels et architecturaux de l'hôpital.

Ce programme intervient à 2 niveaux :

- **D'une part, dans les services à haute densité de patients âgés**, afin de développer les compétences (formation et expérience) pour faire évoluer les pratiques professionnelles et ainsi offrir des prestations spécialisées aux patients âgés et très âgés vulnérables et dépendants.
- **D'autre part, dans les autres services**, afin d'offrir un appui et des conseils pour mieux répondre aux besoins de l'ensemble des personnes âgées hospitalisées.

Ce programme est constitué des composantes suivantes :

- **Une unité stationnaire** qui sert de pôle d'excellence pour développer les processus de soins spécifiques aux personnes âgées, adapter les pratiques professionnelles et développer les compétences institutionnelles. Cette unité est un lieu de formation pour l'ensemble des professionnels impliqués dans les soins aux personnes âgées. Cette structure a un lien privilégié avec l'unité de psychiatrie gériatrique de liaison.
- **Une équipe mobile multidisciplinaire**, basée dans l'unité stationnaire, qui contribue à diffuser ses compétences à l'intérieur de l'hôpital. C'est elle qui fournit l'appui et les prestations de conseil dans les services à faible densité de personnes âgées.
- Cette équipe mobile permet de développer **une filière personnes âgées offrant** :
 - un appui au tri/orientation dès l'admission aux urgences, dans l'optique d'une planification précoce de sortie ;
 - une aide à la prise en charge, en particulier des syndromes gériatriques, aux urgences et dans les services d'hospitalisation à basse densité de personnes âgées. Son déploiement dans les services à moins haute densité de personnes âgées a aussi pour objectif d'offrir un appui à l'orientation ;
 - une identification précoce des personnes âgées à haut risque de complications et déclin fonctionnels per-hospitaliers ;
 - une aide à la préparation de transitions harmonieuses vers les structures d'aval.

Parmi les modèles d'unités dédiées, le modèle d'unité "**Acute Care for the Elderly (ACE)**" est celui qui a démontré le plus constamment des bénéfices (Landefeld CS et al., 1995). C'est ce modèle qui a inspiré l'expérience d'unité intégrée « **Soins Aigus aux Seniors (SAS)** » menée conjointement par les services de gériatrie et de médecine interne du CHUV.

Les personnes âgées se présentant aux urgences nécessitent le plus souvent une hospitalisation. **Couplée à une prise en charge et un suivi par une équipe gériatrique communautaire, l'évaluation globale gériatrique aux urgences** a permis, dans certaines études, de réduire les taux de réadmission durant les 30 jours suivants et jusqu'à 18 mois, de maintenir un meilleur état fonctionnel et cognitif (Caplan GA et al., 2004).

- **Un dispositif de consultations gériatriques communautaires** qui offre la possibilité d'un suivi post-hospitalier aux médecins traitant pour les patients en situation complexe.

Le dispositif complet a pour but de renforcer la coordination avec les partenaires du réseau et d'assurer ainsi la continuité des soins (cf chapitre coordination des soins).

Ce programme doit répondre aux besoins des personnes âgées hospitalisées, quelles que soient leurs pathologies. En particulier, celles-ci doivent pouvoir bénéficier :

- D'une approche structurée basée sur une évaluation globale gériatrique adaptée aux soins aigus (outil RAI-soins aigus ?) visant au dépistage, à l'identification et à la prise en charge précoces des facteurs de risque de déclin fonctionnel et des syndromes gériatriques.
- D'une prise en charge :
 - axée sur la prévention (pré-réadaptation), en particulier de l'état confusionnel aigu et du déclin fonctionnel per-hospitalier ;
 - basée sur des procédures de prise en charge des syndromes gériatriques fréquents en soins aigus (état confusionnel aigu, incontinence, chutes, prévention du déclin fonctionnel, ...)
 - basée sur des itinéraires cliniques efficaces et visant une réadaptation précoce ;
 - individualisée et adaptée, respectant les choix de vie du patient ;
 - dans une structure architecturale adaptée.
- D'intervenants clairement identifiés et accessibles pour lui/elle, ses proches et l'équipe de soins extrahospitalière.
- D'un accès à des compétences gériatriques.
- D'un transfert aisé de l'information la concernant dans le parcours intra- et post-hospitalier contribuant à :
 - améliorer les transitions entre lieux de soins ;
 - favoriser la continuité de la prise en charge entre intervenants professionnels ;
 - faciliter la communication entre le patient, son entourage, et les professionnels impliqués.

Ce programme pose les bases pour le développement d'autres prestations, par exemple auprès de personnes âgées souffrant de pathologies spécifiques (par exemple, filière fracture de hanche, consultation d'onco-gériatrie). La filière "fracture de hanche" mise en place au CHUV devrait servir de modèle.

Equipes de consultations multidisciplinaires ou unités dédiées ?

Les modèles de prise en charge adaptée des personnes âgées en milieu hospitalier aigu ont fait l'objet de nombreuses études, de revues systématiques et de méta-analyses. En effet, depuis de nombreuses années, l'évaluation globale gériatrique a été introduite pour évaluer et prendre en charge les patients âgés. En milieu hospitalier, deux modalités principales d'organisation ont été testées pour appliquer cette approche : les équipes de consultations multidisciplinaires et les unités dédiées.

L'efficacité des équipes de consultation varie. Les résultats des études sont hétérogènes : certaines n'ont pas montré de bénéfices (Kircher TT et al., 2007), tandis que d'autres ont permis de réduire la durée d'hospitalisation et le risque d'institutionnalisation (Asplund K et al., 2000 ; Fallon WF Jr, et al., 2006). Une des hypothèses proposées pour expliquer ces résultats discordants est la difficulté, pour les équipes de consultation, d'avoir le contrôle de l'implémentation des recommandations de prise en charge des patients, cette implémentation étant de la responsabilité de l'équipe directement en charge de ces patients.

Les modèles d'unités dédiées ont par contre très largement prouvé leur efficacité dans la prise en charge des personnes âgées. Plusieurs revues systématiques et méta-analyses (Van Craen K et al., 2010; Ellis G, 2011) ont récemment encore confirmé le bénéfice de telles unités en termes de diminution du déclin fonctionnel à la sortie et de l'augmentation du nombre de retours à domicile. Pour les patients âgés ayant bénéficié d'une prise en charge en unité dédiée plutôt que de la prise en charge médicale traditionnelle, un résultat constant est leur **probabilité moindre de décliner fonctionnellement durant le séjour hospitalier** et, par conséquent, leur **probabilité moindre de devoir être placé en long séjour (EMS)**.

La plus récente de ces revues (Ellis G, et al., 2011) confirme les résultats des précédentes et démontre les bénéfices d'une prise en charge basée sur une approche structurée combinant évaluation standardisée gériatrique et prise en charge multidisciplinaire, en particulier dans le cadre d'unités gériatriques spécifiquement dédiées. Les bénéfices observés, comparés à la prise en charge médicale traditionnelle, sont une probabilité accrue d'être à domicile à 6 et 12 mois, d'avoir une amélioration cognitive, une probabilité moindre d'être institutionnalisé et de décéder ou de décliner fonctionnellement.

Quelles filières spécifiques pour les personnes âgées ?

Dans l'hôpital, des filières de soins intégrées pour la prise en charge de personnes âgées souffrant d'un problème clinique spécifique ont été développées puis testées. Les **filières ortho-gériatriques "fracture de hanche"** figurent parmi les modèles les mieux étudiés qui peuvent apporter des **bénéfices significatifs pour le patient comme pour le système de santé**. Une méta-analyse récente (Neumann MD, et al., 2009) confirme qu'en standardisant les prises en charge depuis la phase pré-opératoire jusqu'à la sortie de l'hôpital aigu, ces **filières ortho-gériatriques permettent de réduire les complications** (thrombose veineuse profonde, décubitus, infections de plaie opératoire et urinaires). D'autres études plus récentes ont confirmé ces bénéfices et mis en évidence une **réduction de la durée de séjour** (Friedman SM et al., 2009).

Similairement, des filières onco-gériatriques ont été développées afin de mieux orienter les prises de décisions thérapeutiques initiales et ultérieures chez les personnes âgées souffrant d'un cancer. L'intégration d'une approche de type évaluation globale gériatrique **permet de préciser les risques de complications liées aux traitements, de mieux prédire la survie et, en conséquence, conduit à modifier les choix thérapeutiques** (chez plus de 20% des patients dans certaines études) (Extermann et al., 2007) (Terret C et al., 2009)(Caillet P et al., 2011)(Kurtz JE et al., 2009).

RECOMMANDATIONS AXE 3 « ADAPTER L'HÔPITAL POUR PRÉSERVER L'INDÉPENDANCE DES SENIORS »

A3R1 Mettre en place, dans chaque centre hospitalier régional, un programme spécifique de soins aux personnes âgées.

Contexte : Le but de ce programme est de favoriser, dans les structures hospitalières aiguës, l'implantation d'une culture de soins spécifiques aux personnes âgées. Le programme comprend une unité dédiée et une « filière personnes âgées ». La filière couvre l'entier de la trajectoire hospitalière du patient, allant des urgences aux services hospitaliers, afin d'y offrir des consultations concernant la prise en soins et l'orientation des patients âgés. Ce programme est implanté dans les hôpitaux régionaux en tenant compte des spécificités locales.

Mesures / Interventions :

- M1** Développer un cadre de référence « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier aigu » à disposition des hôpitaux afin de les guider dans le déploiement de la culture de soins à la personne âgée (*approche du déclin fonctionnel, stratégies d'intervention cliniques, stratégies d'interventions organisationnelles, recommandations concernant l'environnement physique et les équipements*).
- M2** Implanter une unité de soins spécialement dédiée à la personne âgée (unité de "Soins Aigus aux Senior », SAS) et intégrée dans un service de médecine, dont les professionnels fonctionnent comme une équipe de consultation mobile intra-hospitalière, active aux urgences (*aide au tri-orientation et à la prise en charge*) et dans les services à moins haute densité de personnes âgées (*consultation*).
- M3** Etudier la pertinence (masse critique, diversité des pratiques, ...) dans chaque centre hospitalier régional, de mettre en place des itinéraires cliniques des patients âgés (intra-extra hospitalier) avec certaines pathologies spécifiques (ex : fracture de hanche, cancers, ...).
- M4** Introduire un set d'outils d'évaluation gériatrique globale afin de développer une culture de l'évaluation fonctionnelle et permettre la stratification du risque de déclin fonctionnel per-hospitalier en vue d'y répondre par des mesures ciblées.
- M5** Compléter le système d'information hospitalier aigu en y intégrant les données pertinentes à la prise en charge et à la planification des ressources (syndromes gériatriques, données fonctionnelles, cognitives, sociales, ...).

- M6** Associer des mécanismes financiers (contrats de prestations de l'Etat) afin de soutenir le déploiement du cadre de référence "Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier aigu" et de ses mesures associées.
- M7** Introduire des dispositifs de liaison (*psychiatrique gériatrique* en hôpital somatique aigu/*gériatrique* en hôpital de psychiatrie gériatrique aigu) là où ils ne sont pas disponibles.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer le cadre de référence « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier aigu » et identifier les conditions de mise en œuvre du programme. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Déployer des programmes « Soins aigus aux seniors » dans les différents centres hospitaliers régionaux. ✓ Etudier l'opportunité d'introduire le RAI en milieu aigu.

A3R2 Renforcer et adapter l'offre de réadaptation et de suite de traitement pour les personnes âgées.

Contexte :

Il existe déjà une pénurie de lits de réadaptation dans le canton, particulièrement marquée dans la région centre. Il est important que ces lits soient utilisés de manière adéquate (bon patient au bon endroit). Il s'agit aussi de diversifier l'offre pour atténuer le besoin en lits stationnaire et renforcer le retour à domicile.

Mesures / Interventions

- M1** Adapter la planification régionale en lits de réadaptation en fonction des projections démographiques et épidémiologiques.
- M2** Etudier la pertinence d'une offre alternative de réadaptation communautaire pour certains patients (réadaptation à domicile, suite de traitements en court séjour, ...).
- M3** Opérationnaliser les critères d'admission (critères cliniques) en réadaptation pour mieux identifier les patients à même d'en bénéficier.
- M4** Augmenter les admissions directes en provenance du domicile ou via les urgences des hôpitaux.
- M5** Introduire des équipes mobiles de liaison *psychiatrique gériatrique* là où elles ne sont pas disponibles.
- M6** Définir le rôle des CTR dans la mise en place du programme spécifique des soins aux personnes âgées à l'hôpital.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Piloter des projets d'offres alternatives ou complémentaires à la réadaptation stationnaire. ✓ Créer le groupe de travail « Opérationnalisation des critères d'admission en réadaptation ». 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promouvoir l'offre des entrées directes en CTR auprès des médecins traitants

Groupe de travail « Organisation et coordination des soins » :

Les recommandations et mesures de l'axe 2 et 3 ont été discutées dans le cadre du Groupe de travail « Organisation et coordination des soins », **présidé par le Dr Stéphane David, membre du comité d'experts**. Ce groupe s'est réuni 5 demi-journées entre avril et novembre. Nous remercions vivement les personnes ci-dessous pour leur implication et leur participation enthousiaste et constructive.

- **Dresse Wanda Bosshard Taroni**, médecin-chef adjointe, Hôpital de Lavaux
- **Prof. Christophe Büla**, chef de service, Service de gériatrie et réadaptation gériatrique, CHUV
- **Mme Patrizia Clivaz Luchez**, directrice Apromad, AVASAD
- **Mme Stéphanie Colombey**, infirmière cheffe de coordination, Hôpital Riviera
- **Dr Stéphane David (présidence)**, médecin installé, président de l'ALSMAD
- **Mme Anne-Claude Griesser**, adjointe à la direction médicale, CHUV
- **Prof. Armin von Gunten**, chef de service, Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé, CHUV
- **M. Pierre Hirt**, chef de la division EMS, Service de la santé publique
- **M. André Jordan**, directeur du service transversal des prestations, AVASAD
- **Dr Sébastien Jotterand**, médecin de famille, Aubonne
- **M. Yves Kuhne**, secrétaire général, Réseaux Nord Broye, représentant CORES
- **Mme Anne-Dominique Micheli**, adjointe de la Section sociale, Service des assurances sociales et de l'hébergement
- **Dr Marcos Schwab**, médecin-chef, Service de médecine interne et soins intensifs, Hôpital de Nyon
- **M. Christian Weiler**, directeur de la Fondation Primeroche

Ouvrages consultés et références :

- Asplund K et al. J Am Geriatr Soc 2000; 48:1381-1388.
- Bachmann S et al. BMJ 2010; 340:c1718.
- Caillet P et al. J Clin Oncol 2011;29 doi/10.1200/JCO.2010.31.0664.
- Caplan GA et al. J Am Geriatr Soc 2004; 52:1417-1423.
- Ellis G et al. Cochrane Review, 2011.
- Extermann et al. J Clin Oncol 2007;25:1824-1831.
- Fallon WF Jr et al. J Trauma 2006; 61:1040-1046.
- Fortinsky RH et al. J Gerontol Biol Sci Med Sci, 1999; 54:M521-M526.
- Friedman SM et al. Arch Intern Med 2009;169:1712-1717.
- Gill TM et al. JAMA; 2010; 304:1919-1928.
- Gill TM et al. JAMA 2004; 292:2115-2124.
- Kircher TT et al. Age Ageing 2007; 36:36-42.
- Kurtz JE et al. Oncology 2009;77:147-156.
- Landefeld CS et al. N Engl J Med, 1995; 332:1338-1344.
- Neumann MD, et al. J Am Geriatr Soc, 2009;2046-2054.
- Paccaud F et al. Vieillesse : éléments pour une politique de santé publique, 2006.
- Seematter L et al. rapport COAV, Raisons de santé 178, 2011.
- Terret C et al. Lancet Oncol 2009;10:80-87.
- Tinetti M, Fried T. Am J Med 2004; 116:179-185.
- Van Craen K et al. J Am Geriatr Soc 2010; 58:83-92.
- Walter LC et al. JAMA 2001; 285:2987-2994.

AXE 4 « VALORISER LES COMPETENCES POUR AMELIORER LES SOINS AUX SENIORS »

Cet axe regroupe l'ensemble des mesures qui permettent de renforcer les compétences des professionnel-le-s et de valoriser leurs activités auprès des aînés. Rendre les professions de soins aux aînés plus attractives est une étape nécessaire pour offrir des soins de qualité.

DES POINTS FORTS

- Au cours des dernières années, de nombreuses formations ciblées sur les questions liées au vieillissement se sont développées dans le canton. Des initiatives régionales, interinstitutionnelles, ont permis le développement de formations adaptées aux besoins des institutions, telle que la « Formation d'Accompagnateur en Psychiatrie de l'âge avancé » (FAP).
- La plupart des formations Bachelor en santé (soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie...) incluent un stage auprès de personnes âgées.
- L'arrivée de nouveaux professionnels dans le domaine de la santé, les Assistants en Soins et Santé Communautaire (ASSC) et Assistants Socio-éducatifs (ASE) permet d'améliorer la qualification des collaborateurs œuvrant auprès de personnes âgées. En effet, une formation professionnelle solide est nécessaire pour prendre en soins et accompagner ces personnes dans leur trajectoire de santé. L'enquête vaudoise⁷ réalisée en 2010 démontre que les ASSC ayant répondu (taux de réponse 53%) travaillent pour 61% dans les EMS, pour 27 % dans les différents types d'hôpitaux et pour 7 % dans les soins à domicile.
- Le développement des formations post grades HES (ex : Diplôme d'étude avancé (DAS) en Santé des populations vieillissantes - Certificat d'étude avancé (CAS) en Liaison et orientation) permet aux professionnels d'acquérir des compétences approfondies pour travailler auprès de la population âgée.
- L'institut de formation et recherche en soins (IUFRS) de la Faculté de Biologie et Médecine de l'UNIL offre un programme de master et de doctorat et ouvre ainsi la voie pour les professionnels qui souhaitent développer une pratique avancée pour les soins aux aînés. Un module de formation commun entre le DAS en Santé des Populations Vieillissantes et l'IUFRS, financé par la Fondation Leenaards, est centré sur l'approche clinique des patients âgés.
- Les compétences médicales se sont aussi développées avec la reconnaissance d'un titre FMH en gériatrie (2000) et psychiatrie de la personne âgée (2006).
- Dans notre canton, il existe une longue tradition de formation en psychiatrie de l'âge avancé, puisque la Faculté de biologie et médecine de l'Université de Lausanne a été la première en Suisse (et parmi les premières en Europe) à abriter une chaire (Prof. Wertheimer) en 1971.
- Pour la gériatrie ce n'est qu'en 2007 que la chaire fut ouverte, mais dès 2000, le service de gériatrie et de réadaptation gériatrique du CHUV a été reconnu comme centre de formation A (universitaire) pour la formation FMH en gériatrie. D'autres établissements sont reconnus (CTR de Chamblon et de Gilly-Aubonne, Hôpital de Lavaux) ou en voie de l'être (CTR de Mottex) pour

⁷ Lehmann, P., Viens Python, N., Dumas, S., & Guinchard, B. (2010). Enquête sur le devenir des ASSC dans le canton de Vaud. Mandat du service de la Santé Publique.

une partie de cette formation (établissement B). Depuis, 22 médecins gériatres sont formés dans le canton de Vaud et de nouveaux médecins suivent ce cursus.

- Les propositions de formations continues médicales se développent ; par exemple, le Symposium annuel organisé par le GMEMS (Groupement des Médecins en EMS) ou le programme de formation continue des CTR sur les syndromes gériatriques et la réadaptation gériatrique.
- Il existe un nombre de mesures incitatives inscrites dans La Loi sur le personnel et ou la Convention collective de travail imposant aux institutions de définir une politique institutionnelle de formation et des modalités de financement (CCT : au moins un pour-cent de la masse salariale annuelle dédiée au financement de la formation et au développement des compétences).
- Le SSP se préoccupe de nombreux aspects en lien avec cet axe et développe des projets : pénurie du personnel, dotation dans les EMS, soutien à la formation, fonds de stage, etc.

PROBLÈMES ET ENJEUX

Le défi est de former en nombre suffisant et de manière adéquate les professionnels compétents dont le système de santé aura besoin pour faire face à l'impact du vieillissement. Il est donc essentiel que les formations de base adaptent leurs programmes ainsi que le contenu des cours afin de préparer les futurs professionnels de soins aux réels enjeux du vieillissement et aux spécificités de la prise en charge des personnes âgées. Cependant, les effets des modifications des formations de base n'interviendront qu'à moyen terme, alors que les enjeux sont déjà présents !

Il est donc nécessaire de simultanément renforcer les formations post graduées et continues pour accélérer l'adaptation des compétences des professionnels travaillant actuellement auprès de personnes âgées. Il s'agit, dès maintenant, de compter sur ces professionnels afin de soutenir la mise en œuvre de la politique Vieillesse et Santé et, ultérieurement, en atteindre les objectifs.

De nombreuses mesures proposées dans le présent rapport impliquent l'acquisition d'un savoir et d'un savoir-faire spécifiques à la prise en charge des personnes âgées : savoir évaluer les situations, identifier celles à risque, proposer des interventions ciblées et des prises en charge adaptées, anticiper les problèmes afin d'éviter le déclin fonctionnel, coordonner les interventions lors de situations complexes, travailler en interdisciplinarité, etc. Ces compétences sont toutes nécessaires pour apporter une prise en charge de qualité et accompagner les aînés dans leur trajectoire de santé à l'intérieur du système de soins, en particulier lors de situations complexes.

L'acquisition de ces compétences implique un changement de culture professionnelle, basée notamment sur des connaissances de l'évaluation et de l'interdisciplinarité. Ce changement implique aussi que les exigences de formation continue (apprentissage permanent) s'étendent désormais à l'ensemble des professionnels impliqués dans les soins aux aînés, en particulier dans les soins infirmiers. L'évolution des connaissances dans le domaine de la gérontologie implique une politique proactive de formation continue.

Face à la diversité de l'offre de formation dans le domaine du vieillissement, les institutions ont de la difficulté à choisir les formations les plus adéquates et répondant au mieux à leurs besoins. Il

serait utile de faire un inventaire des formations existantes et d'identifier celles susceptibles de correspondre le mieux aux objectifs de la politique Vieillesse et Santé du canton.

Les programmes de formation restent cloisonnés par type de profession, alors que l'évolution des soins liés à une population vieillissante et à la prédominance des maladies chroniques implique de nouveaux modes de prise en charge, basés sur la collaboration et l'interdisciplinarité. Il est important de développer des programmes de formation interprofessionnelle afin de soutenir cette évolution.

Favoriser l'accès à la formation est un enjeu qui nécessite des aménagements. Avec des équipes restreintes, l'absence d'un collègue peut provoquer certaines difficultés organisationnelles. De nouvelles solutions sont à adopter, telles que le développement de programmes de formation modulaires ou l'augmentation des formations intra-muros.

S'il est important de favoriser l'accès à des formations, il est tout aussi nécessaire de valoriser l'expérience acquise auprès des personnes âgées. L'expérience est une richesse, elle se construit au gré des années et des situations, dans des institutions aux missions différentes, au contact de personnes âgées atteintes diversement dans leur santé et leur autonomie. Cette expérience acquise en dehors des études, doit être reconnue et valorisée. Il y a donc lieu de mettre en place des mesures (adaptation des horaires, primes d'ancienneté, départ progressif à la retraite, ...) pour favoriser la rétention des professionnels expérimentés. Ceux-ci auront en effet un rôle capital pour la formation des nouveaux collaborateurs impliqués dans les soins aux aînés, en particulier dans les institutions de taille réduite.

Il est indispensable de valoriser le travail auprès des personnes âgées. Alors que les soins aux personnes âgées comportent des défis passionnants tant aux plans relationnel que technique, la charge de travail est souvent très importante. L'intrication des atteintes fonctionnelles, de l'autonomie, des comorbidités somatiques et des troubles mentaux ou comportementaux alourdit le travail quotidien et diminue singulièrement l'attractivité des soins aux personnes âgées. Gérer adéquatement la complexité des situations nécessite, de la part du soignant, des compétences nombreuses et variées. L'exigence importante qu'implique cette polyvalence n'est pas compensée par des incitatifs autres qu'intellectuels. Pourtant, ces compétences doivent être renforcées, reconnues et, surtout, valorisées si l'on veut conserver, voire accroître l'attractivité des professions associées aux soins en gériatrie et psychiatrie de l'âge avancé.

Les difficultés de recrutement liées à la faible attractivité des professions de soins aux aînés vont encore s'accroître avec la pénurie annoncée des professionnels de santé. En effet, les causes de cette pénurie (difficulté des métiers, pénibilité des horaires, charge émotionnelle, difficulté à concilier vie professionnelle et familiale)⁸ auront un impact particulièrement important pour les professions de soins aux aînés. L'épuisement des flux migratoires inter cantonaux et internationaux ne permettra pas de compenser cette pénurie qui fait l'objet d'une stratégie commune DSAS-DFJC sur le plan cantonal.

Les actions dans le domaine de la formation de base et la promotion des métiers de la santé doivent donc impérativement incorporer **les institutions de soins aux personnes âgées, notamment les EMS, qui se doivent de rester attractives.** De nouvelles solutions pour valoriser et améliorer les conditions

⁸ Conférence de presse DSAS-DFJC 30 mai 2011 « Lutter contre la pénurie des professions de santé : où en est le Canton de Vaud ? »

de travail auprès des personnes âgées doivent voir le jour. Il faut noter que des échelles de salaires différentes entre DECFO et la CCT sont un obstacle important à l'attractivité des EMS.

Promouvoir la réalisation des travaux de master et de doctorat en soins infirmiers et en médecine sur le thème de la personne âgée est aussi un moyen de faire évoluer les compétences et augmenter l'attractivité. De plus, l'ouverture des filières de formation master et doctorat aux autres professions de santé impliquées dans la prise en charge de personnes âgées permettrait d'enrichir et diversifier le contenu en rapport avec le thème de la personne âgée.

Les professionnels du terrain doivent intégrer dans leurs pratiques l'utilisation des données probantes, s'interroger sur leurs pratiques, afin de faire émerger de nouveaux projets de recherche.

OBJECTIF DE L'AXE 4 « VALORISER LES COMPÉTENCES POUR AMÉLIORER LES SOINS AUX SENIORS ».

Objectif général : Mettre à disposition des patients âgés des professionnels en nombre suffisant et en qualification adéquate, afin de mettre en œuvre et atteindre les objectifs de la politique Vieillesse et Santé du canton.

Objectifs spécifiques :

1. Adapter la formation de base de l'ensemble des futurs professionnels de santé en agissant au niveau du système de formation.
2. Améliorer les compétences des professionnels actuels en renforçant la formation post-grade et continue.
3. Valoriser les activités de la gériatrie afin d'attirer et de retenir des professionnels qualifiés dans ce domaine d'activité.
4. Développer de nouveaux domaines de recherche afin de faire évoluer les compétences.

L'étude de l'Observatoire suisse de la Santé met en évidence le nombre de personnel de santé nécessaire en Suisse en 2020. Les projections réalisées sur le vieillissement démographique indiquent que « le nombre de pensionnaires hébergés en établissements pour personnes âgées pourrait augmenter de 30% d'ici 2020 (...) et la clientèle Spitex de 20% » (...). Ce qui signifie des augmentations de 51'000 postes (EPT) en EMS (...) et 5'000 postes par rapport à 2006 » (OBSAN, 2009).

Pour faire face à cette pénurie, les pays membres de l'OMS sont priés de former eux-mêmes suffisamment de professionnels pour garantir durablement la pérennité des soins de santé. Dans notre pays, les rapports de la CDS et de l'OdaSanté proposent, entre autres, d'utiliser tout le potentiel de formation, de mettre en place des mesures pour fidéliser le personnel, et des instruments de pilotage et de planification pour ces changements (ASI, perspectives 2020).

Ces mesures doivent autant porter sur les aspects de qualification des professionnels, que sur l'organisation des soins et des conditions de travail⁹. Les études démontrent que le succès est envisageable avec des stratégies combinées (Chenoweth, 2010). Les conditions de travail devront

⁹ Association québécoise d'établissement de santé et de service sociaux AQESSS. « 6 cibles pour faire face au vieillissement de la population ». Cible 3 : développer une approche adaptée au vieillissement dans les services médicaux de 1 ligne (en CSS ou en clinique privée) et rendre cette pratique plus attrayante. (p.25)

être revues afin de faciliter le maintien de l'activité professionnelle aux personnes qui assurent plusieurs rôles (charge de famille, statut de proche aidant). Développer des équipes intergénérationnelles, associant l'expérience de professionnels âgés et nouveaux diplômés, est une piste à suivre.

Un changement de culture professionnelle s'amorce avec la mise en valeur de la complexité des défis pour accompagner les âgés dans leur santé et aussi jusqu'à la fin de la vie.

La responsabilité des professionnels de l'action sanitaire et sociale d'assurer un continuum de services et de soins aux personnes âgées nécessite le développement de compétences spécifiques communes à l'ensemble des acteurs concernés. Les soins aux personnes âgées sont complexes et requièrent davantage d'intervenants, nécessitant une prise en charge coordonnée, idéalement dans le cadre d'une pratique interdisciplinaire. Il semble logique que les professionnels de la santé soient préparés à travailler efficacement en équipe. C'est ce que vise l'éducation interprofessionnelle (EIP), en réunissant des membres de plusieurs professions dans une formation commune. L'OMS préconise cette forme d'éducation, la positionnant comme une stratégie ayant à la fois le potentiel de favoriser de meilleurs résultats cliniques pour le patient et celui de permettre la gestion efficace de la crise mondiale en personnel de santé (Galland et al, 2011).

Bien que les enjeux du vieillissement démographique aient été reconnus depuis un certain temps, les formations de base (médicale, en soins infirmiers, en physiothérapie, en ergothérapie, en diététique, etc.) peinent réellement à incorporer la dimension des soins aux personnes âgées dans le curriculum de formation.

La question de la formation continue est cruciale. L'agenda professionnel de tous les acteurs du domaine doit inclure un processus continu de formation tout au long de la vie professionnelle. Une conception nouvelle de participation aux formations est à intégrer. Elle doit soutenir les établissements dans leur politique institutionnelle de formation (surtout pour les petites équipes où une absence pour formation peut peser plus lourd dans l'organisation) et permettre aux professionnels de concilier vie familiale, vie professionnelle et formation.

Note : Impact de l'EIP sur les soins aux patients.

En 2007, une revue Cochrane a examiné les effets de l'EIP sur la pratique professionnelle et sur différents paramètres cliniques. En raison de critères très stricts pour l'inclusion des études, seules 6 ont été retenues, dont quatre études montraient un impact favorable, des activités d'EIP, avec notamment une réduction du nombre d'erreurs dans un département d'urgences.

Notre époque invite à promouvoir le « long life learning », soit le concept d'apprentissage tout au long de la vie, dont le principe directeur est de garantir à tous un accès aux offres de formation, dans une grande variété de contextes d'apprentissage (formel, informel). Il faut favoriser un système de formation post graduée modulaire, composé de diversité de diplômes et de voies pour les suivre (diplômes et certificats avec orientation à la carte). Il s'agit de cibler les offres en fonction des besoins, du temps à disposition des acteurs concernés et viser ainsi un nombre plus important de professionnels formés à des niveaux différents.

A l'instar du programme de formation en soins palliatifs, un inventaire des formations existantes devrait différencier un niveau de formation de base (*sensibilisation*) et un niveau avancé (*approfondissement*).

Le premier niveau (*sensibilisation*) correspond aux compétences de base que devrait désormais posséder tout professionnel travaillant dans le système de santé (à l'exception de la pédiatrie et de l'obstétrique !).

Le second niveau (*approfondissement*) correspond aux compétences plus étendues et approfondies dont doit disposer le professionnel travaillant dans des structures dont la mission principale est dédiée à la prise en soins de personnes âgées (EMS, CMS, CTR, ...).

Les thèmes essentiels à traiter et à connaître :

- la formation à l'évaluation gériatrique pour tout le personnel des institutions de soins aux aînés: hôpitaux, EMS (court et long séjour), CTR, CMS, premier recours ;
- les aspects cliniques : l'évaluation clinique gériatrique, les syndromes gériatriques, la pharmacovigilance, la fragilité, les chutes, la malnutrition, les manifestations atypiques de maladies fréquentes (infections, insuffisance cardiaque,...), etc.
- le volet santé mentale : les outils de dépistage, la psychiatrie de l'âge avancé, les syndromes démentiels, les dépendances, les troubles de l'humeur ;
- les situations particulières : handicap et vieillissement, la maltraitance, les directives anticipées, le représentant thérapeutique, les enjeux éthiques, les soins palliatifs et de fin de vie, etc.
- le contexte socio sanitaire : le système d'information, le travail interprofessionnel, la gestion des situations et des trajectoires, le soutien aux proches aidants.

Comme le disent les experts dans le domaine des soins infirmiers au Québec (Ducharme, 2010), une opération « séduction » est à mettre en œuvre, car le vieillissement est partout et nécessite un rôle élargi pour les professionnels, le développement de projets novateurs et l'acquisition d'une solide formation pour faire face à cette complexité des situations.

Note : Long Term Course développé en Suisse alémanique

Deux cours de formation continue en gériatrie à l'intention des médecins praticiens avaient été mis sur pied en Suisse allemande et en Suisse romande de 1996 à 1999 sous l'égide de la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie (SPSG). Ces cours (8 modules d'un jour réparti sur 18 mois) ont été cependant suspendus lors de la reconnaissance de la formation approfondie FMH en gériatrie, la priorité étant donnée à la formation des futurs gériatres. Cependant, depuis 2008, un cours de formation de 8 modules d'une journée concernant spécifiquement la médecine de long séjour a été remis sur pied en Suisse allemande. Ce cours ("Long Term Care Course") se déroule sur 2 ans et cible les médecins exerçant en EMS.

RECOMMANDATIONS AXE 4 « VALORISER LES COMPÉTENCES POUR AMÉLIORER LES SOINS AUX SENIORS »

A4R1 Adapter les formations de base afin de mieux préparer (en nombre et en qualification) les professionnels de demain à soigner les personnes âgées.

Contexte :

Les formations de base de la plupart des professions de soins ont incorporé des objectifs de formation concernant les soins aux personnes âgées. Le contenu du curriculum reste cependant très limité. Il s'agit de renforcer le contenu des formations de bases dispensées à l'ensemble des soignants durant leur formation pré-grade pour répondre aux besoins du système de santé.

Mesures / Interventions :

- M1** Modifier les programmes de formation pré-graduée afin d'intégrer des connaissances générales sur le vieillissement.
- M2** Pour les étudiants en médecine, renforcer le contenu du curriculum pré-grade en introduisant:
 - a) un enseignement au lit du malade spécifique gériatrique;
 - b) un stage pratique spécifique (cours bloc), avec un "carnet de route" des situations gériatriques rencontrées durant les stages, afin de rendre visible l'activité réalisée auprès des personnes âgées et les acquis.
- M3** Insérer, dans le cadre des examens en médecine, des situations cliniques de prise en charge de personnes âgées.
- M4** Organiser dans le cadre des études de bachelor intégré (médecine et filières de la santé HES), des actions d'éducation interprofessionnelle dédiées à l'étude de situations gériatriques.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer le "carnet de route" des situations gériatriques rencontrées durant les stages. ✓ Initier des actions d'éducation interprofessionnelle dans le cadre des études de Bachelor. 	

A4R2 Développer l'offre de formation post graduée et continue afin d'adapter les compétences des professionnels d'aujourd'hui aux besoins spécifiques d'une clientèle âgée.

Contexte :

Les effets de l'adaptation des formations de base n'interviendront qu'après un certain délai. Il s'agit donc de renforcer et accélérer, par la formation post-grade et la formation continue, l'acquisition de compétences spécifiques par les soignants actuels.

Mesures / Interventions :

- M1** Introduire, dans le cadre de la formation post graduée en médecine interne générale, un temps de formation dédié à la gériatrie et introduire un carnet de route qui recense les prises en charge spécifiques à la gériatrie.
- M2** Développer un programme annuel de formation continue gériatrique vaudois, destiné aux médecins (Hôpitaux, EMS court et long séjour, CTR, CMS, premier recours).
- M3** Instaurer un cursus de formation interprofessionnelle "Vieillesse et Santé" (pour tous les acteurs avec un axe fort sur la formation interdisciplinaire), structuré en 2 niveaux : sensibilisation et approfondissement. Les formations suivies dans ce cadre devraient être associées à un projet institutionnel et/ou un projet de développement professionnel, ouvert à l'ensemble des acteurs du domaine.
- M4** Promouvoir la réalisation d'un symposium annuel interprofessionnel afin de favoriser la rencontre des acteurs du domaine des soins aux personnes âgées.
- M5** Faciliter au sein de chaque réseau la possibilité d'effectuer un stage professionnel (pour tous professionnels de la santé et du social) dans une autre institution, afin de découvrir les activités gériatriques de ces lieux qui ont des missions différentes (Hôpitaux, EMS court et long séjour, CTR, CMS). Ces stages sont ouverts à tout le personnel de la santé et du social. Ils nécessitent la garantie de conditions d'emploi conformes au poste occupé dans son institution d'origine et la validation de ces stages par une attestation de formation reconnue au sein du canton.
- M6** Evaluer la pertinence de mettre sur pied une formation à la gestion de cas dans un contexte d'intégration des soins.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise sur pied du cours de formation continue en partenariat avec l'association des médecins de famille VD. ✓ Organiser un symposium interprofessionnel sur le thème « Vieillesse et Santé ». 	

A4R3 Soutenir les politiques institutionnelles de formation par des mesures incitatives, organisationnelles et structurelles.

Contexte :

Malgré le cadre légal et le soutien des services de l'Etat à l'accès à la formation, le nombre de personnes formées reste insuffisant.

Mesures / Interventions :

- M1** Instaurer une Commission de Formation vaudoise « Vieillesse et Santé » chargée de mettre en place une politique de formation et de veiller à son application. Cette commission devrait promouvoir les formations existantes (selon les deux niveaux proposés) et soutenir le développement des formations manquantes. Les travaux de cette commission permettraient aux acteurs concernés de faire des choix éclairés pour établir leur plan de formation.
- M2** Créer une plateforme d'information (sur internet) afin de coordonner et diffuser l'offre de formation (selon les deux niveaux) auprès de tous les acteurs (proche aidant, ergothérapeute, pasteur, ASE) offrant des soins aux personnes âgées (gériatrie et psychiatrie de l'âge avancé).
- M3** Mandater la Commission de Formation pour développer un système de validation des acquis (de formation et expérience) tenant compte des heures de formations, des contenus, du type d'évaluation et compétences développées.
- M4** Elaborer un « Carnet de développement professionnel des compétences acquises en gériatrie/gérontologie » (formations et expériences) pour les professionnels de la santé et du social reconnu et valorisé.
- M5** Instaurer des mesures incitatives supplémentaires pour que les institutions renforcent leur politique de formation selon les recommandations de la politique Vieillesse et Santé et en conformité avec la CCT.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
✓ Créer la Commission de Formation Vaudoise « Vieillesse et Santé » et définir sa mission et son cahier des charges	✓ Préciser les conditions d'utilisation de la part réservée à la formation telle que définie par la CCT.

A4R4 Augmenter le nombre de professionnel-le-s (bachelor et diplôme Santé et Social) bénéficiant d'une formation post grade spécialisée « Vieillesse et Santé ».

Contexte :

Le nombre de personnes ressources susceptibles de diffuser les connaissances gériatriques et gérontologiques dans les institutions est insuffisant.

Mesures / Interventions :

- M1** Augmenter l'attractivité par des mécanismes incitatifs afin d'augmenter le nombre de médecins gériatres et psychiatres de l'âge avancé.
- M2** Exiger, pour toutes les institutions de soins et d'hébergement (Hôpitaux, EMS -court et long séjour, CTR, CMS), l'engagement minimum d'un infirmier formé en post grade dans le domaine « Vieillesse et Santé ».
- M3** Instaurer, pour les établissements socio-éducatifs qui ont une clientèle âgée, l'exigence d'un minimum de professionnels spécialisés dans le domaine « Vieillesse et Santé ». Mesure à développer par la Commission Cantonale Handicap mental.
- M4** Encourager les autres professionnels de la Santé et du Social à acquérir des compétences dans le domaine Vieillesse et Santé.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
✓ Définir des ratios et les intégrer dans les contrats de prestations.	

A4R5 Promouvoir et valoriser les activités et acteurs du domaine « Vieillesse et Santé ».

Contexte :

Valoriser l'activité auprès des personnes âgées et améliorer les conditions de travail afin de compenser la pénibilité.

Mesures / Interventions :

- M1** Préciser le statut et la fonction du médecin responsable d'EMS (expertise en gériatrie, veille à la formation des médecins qui interviennent, contribue au programme de formation continue, assure la coordination/liaison, ...).
- M2** Développer des actions de promotion médiatique et événementielle des soins dans le domaine de la gériatrie et psychiatrie gériatrique (ex : thème Vieillesse et Santé au comptoir) afin de valoriser l'activité auprès des personnes âgées.
- M3** Accompagner les équipes lors de changements de mission, de gériatrie à psychiatrie de l'âge avancé. Mettre en place des conditions permettant ce passage.
- M4** Anticiper les préoccupations et les besoins des établissements socio-éducatifs dont les pensionnaires vieillissent. Assurer les liens avec les structures ad hoc qui traitent ces questions (Commission sur les déficiences mentales et associées).
- M5** Développer des conditions de travail des professionnels seniors qui exercent auprès des personnes âgées pour augmenter la rétention et favoriser la diffusion de leurs compétences, par exemple :
 - développer des horaires modulables, prévoir des congés « aide aux proches » à prendre pour assurer la fonction d'un proche aidant ou accompagner un proche âgé (consultation, spécialiste ...),
 - favoriser le travail en équipe intergénérationnelle (experts et novices),
 - valoriser financièrement les formations continues et post grades dans le domaine de la gérontologie et gériatrie,
 - développer de nouvelles conditions de travail afin de maintenir en activité les professionnels de la santé qui ont une grande expérience en soins afin qu'ils continuent à soigner (coaching, établissement formateur ...).
- M6** Analyser les conditions et conséquences d'une retraite flexible permettant de ne pas perdre l'expertise de soignants aînés (pénibilité du travail et pénalité de la diminution du temps sur la cotisation future) qui souhaiteraient poursuivre leurs activités auprès des aînés.
- M7** Développer la recherche sur la charge physique et psychique (pénibilité) du travail en milieu gériatrique et psychiatrie de la personne âgée.
- M8** Documenter la situation en matière de risque de pénurie de professionnels soignants. Avoir des données descriptives.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
✓ Créer un groupe de travail dont la mission est de proposer des solutions sur le développement des conditions de travail auprès des seniors favorisant la rétention du personnel.	

Groupe de travail « Valorisation des métiers de la gériatre » :

Les recommandations et mesures de l'axe 4 ont été discutées dans le cadre du Groupe de travail « Valorisation des métiers de la gériatre », **présidé par la Prof. Nataly Viens Python, membre du comité d'experts**. Ce groupe s'est réuni 4 demi-journées entre avril et novembre. Nous remercions vivement les personnes ci-dessous pour leur implication et leur participation enthousiaste et constructive.

- **Dr Ferdinand Beffa**, médecin responsable d'EMS, président du Groupement des médecins d'EMS de la SVM
- **M. Christian Crottaz**, directeur d'EMS de l'AVDEMS
- **M. Claude Curchod**, infirmier-enseignant et responsable du programme de formation continue, service de la formation, Direction des soins, CHUV
- **Dresse Rebecca Dreher**, médecin-chef CTR Aubonne-Gilly (EHC) et présidente de la Société professionnelle suisse de gériatrie
- **Mme Mary-Lise Ducommun**, responsable pédagogique à l'AVASAD (a remplacé Mme **Béatrice Depeursinge** - directrice RH, AVASAD)
- **M. René Goy**, directeur adjoint, Pro Senectute Vaud
- **Mme Elisabeth Hirsch Durrett**, professeure HES à l'EESP dans le domaine de la gérontologie (a remplacé Mme Valérie Hugentobler, professeure à l'EESP)
- **Mme Viviane Szostak**, infirmière cheffe, service de gériatrie et réadaptation gériatrique, CHUV
- **Prof. Nataly Viens Python (présidence)**, doyenne Recherche et Développement et professeure à la Haute Ecole de Santé la Source
- **Mme Anne Weissenbach**, formatrice et répondante pour les cours ayant trait au domaine médico-social, Croix-Rouge Vaudoise

Ouvrages consultés et références :

- ASI Soins infirmiers en Suisse : perspectives 2020. Bern, version résumée française, p.20.
- ASSM (2011). Projet « la médecine en Suisse demain » Phase III. Les futurs professionnels des médecins et des infirmiers. Bâle.
- Brown J, M. Nolan et al. (2008) Transforming students' views of gerontological nursing : realising the potential of "enriched" environments of learning and care: a multi-method longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*. 45(8):1214-1232.
- Chenoweth L, Y.-H. Jeon et al. (2010). A systematic review of what factors attract and retain nurses in aged and dementia care. *Journal of clinical nursing*. 19(1-2):156-167.
- Crocker Houde S, Devereaux Melillo K. (2009) Caring for an aging population : review of policy initiatives. *Journal of gerontological nursing*. 35(12):8-13.
- Ducharme, F. (2010) « Vieillesse et soins de santé... L'URGENCE d'agir ! » Congrès de l'Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec, Montréal.

- Gallant, S., Clerc, M., Gachoud, D., Morin, D., Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? *Recherche en soins infirmiers* no 106, septembre 2011.
- Kloster, T., Høie, M. and Skår, R. (2007), Nursing students' career preferences: a Norwegian study. *Journal of Advanced Nursing*, 59: 155–162.
- Lehmann, P., Viens Python, N., Dumas, S., & Guinchar, B. (2010). *Enquête sur le devenir des ASSC dans le canton de Vaud*. Mandat du service de la santé publique. Lausanne.
- Ruedin Jaccard, H., Weaver, F., Roth, M., Widmer, M. (2009). *Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Observatoire suisse de la santé - Document de travail 35, Neuchâtel (p.56, 67)

AXE 5 « RENSEIGNER POUR PILOTER LA POLITIQUE VIEILLESSEMENT ET SANTÉ »

Cet axe regroupe l'ensemble des mesures en vue d'adapter le système d'information sanitaire, afin qu'il alimente la réflexion des structures assurant la gouvernance de la politique « Vieillessement et Santé ».

DES POINTS FORTS

- Dans son rapport sur la politique sanitaire 2008-2012, le Conseil d'Etat du canton de Vaud manifestait une volonté non seulement de renforcer par une politique spécifique la réponse aux besoins résultant du vieillissement de la population, mais également d'accompagner cette politique d'un suivi statistique et épidémiologique permettant de l'évaluer et de piloter son évolution.
- Depuis la création des réseaux de soins, les collaborations entre institutions se sont développées, dans le domaine de l'échange d'information, par :
 - › l'adoption d'instruments communs :
 - Au centre des échanges lors du transfert de patients entre institutions de soins de différents niveaux, le Document Médico-Social de Transmission (DMST) accompagne le patient âgé et en décrit l'état de santé ainsi que les caractéristiques psycho-sociales. Un groupe de travail met périodiquement à jour le contenu de ce document partagé, qui comprend notamment une grille résumant l'autonomie de la personne transférée selon plusieurs dimensions des capacités fonctionnelles.
 - Avec la création des Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation (BRIOs), un recueil de données systématique a été mis en place pour toutes les demandes adressées ; une harmonisation de ces recueils a suivi et les réseaux de soins partagent aujourd'hui un instrument commun (BRIOCHE) générant une base de données (datawarehouse) qui permet une comparaison de leurs activités.
 - A l'occasion de l'informatisation des dossiers patients, des groupes de travail réunissant des représentants des hôpitaux définissent un contenu incluant des éléments qui leur sont communs.
 - Les Centres Médico-Sociaux (CMS) du canton auront, d'ici 2013, généralisé la mise en place du RAI-Domicile (Resident Assessment Instrument-Home Care) pour la prise en charge de leur clientèle, ce qui implique une informatisation de l'évaluation des personnes prises en charge à leur domicile. Cette démarche est conforme au choix des cantons en faveur de cet instrument qui doit être implanté à une échelle nationale.
 - › la recherche d'indicateurs communs :

Par exemple, les BRIOs du canton élaborent en commun des indicateurs dans le cadre du projet ICARE. Les Etablissements Médico-Sociaux participent également à la définition d'indicateurs de qualité dans le contexte d'un projet intercantonal.

- De larges secteurs de soins (CMS, EMS, Hôpitaux) investissent actuellement dans l'introduction et le développement d'un dossier patient informatisé. Les institutions disposant déjà d'un tel dossier portent un intérêt croissant à la standardisation des données recueillies et à l'uniformisation des définitions, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la santé et de l'autonomie fonctionnelle des patients. C'est notamment le cas des CMS qui intégreront le RAI-Domicile à la nouvelle version de leur dossier patient informatisé ; cette évolution vers l'uniformité est favorisée par la structure centralisée des aides et soins à domicile et par le rôle de coordination assumée dans le canton de Vaud par l'AVASAD.
- Les EMS ont démontré, depuis plusieurs années, leur capacité à produire régulièrement, dans un but de financement, des données individuelles détaillées relatives à la santé et aux capacités fonctionnelles de leurs résidents. Cette évaluation se fait actuellement au moyen de l'instrument canadien PLAISIR.
- La mise en place d'un suivi épidémiologique et statistique de la Politique Vieillesse et Santé peut s'appuyer sur le projet cantonal e-Health, inscrit dans le cadre plus général de la Stratégie Cybersanté élaborée par la Confédération et les cantons. Le projet e-Health favorisera le développement d'interfaces informatiques entre institutions actives dans le domaine de la santé.
- Bien que des statistiques de qualité produites par les institutions de soins soient indispensables, le suivi statistique et épidémiologique de la Politique Vieillesse et Santé ne peut être fondé uniquement sur cette base ; une perspective populationnelle est nécessaire pour établir l'état de santé de l'ensemble des personnes âgées, qu'elles recourent ou non aux soins, pour connaître les déterminants de la santé et leur évolution, mais aussi pour vérifier l'accès aux soins, la couverture adéquate des besoins et les attentes de la population.

A cette fin, le canton de Vaud peut s'appuyer sur l'expérience accumulée, à Lausanne, par l'étude d'une large cohorte populationnelle de personnes âgées suivies depuis 2004 (*Santos-Eggimann et al, 2008*). La cohorte Lc65+ a été constituée par le CHUV comme une plateforme de recueil de données consacrée à la santé et à la fragilisation des personnes âgées. Des modules d'enquête peuvent être greffés sur cette cohorte unique en Suisse, afin d'interroger des échantillons représentatifs de l'ensemble de la population âgée du canton vivant dans la communauté.

- Le canton de Vaud peut également s'appuyer, pour la mise sur pied d'un système d'information permettant le suivi statistique et épidémiologique de la Politique Vieillesse et Santé, sur l'existence 1) du **Centre d'Observation et d'Analyse du Vieillesse (COAV)**. Ce centre réunit au sein du CHUV des compétences de recherche gériatrique et de santé publique. Il constitue une ressource pour le développement d'analyses statistiques et épidémiologiques ayant trait aux conséquences, sur la santé et le système de soins, du vieillissement de la population ; 2) de l'**Institut d'Economie et de Management de la Santé (IEMS)**, pour les aspects économiques (en particulier coûts, financements et efficience des mesures) et 3) du **Service Cantonal de Recherche et d'Information Statistique (SCRIS) – Statistique Vaud**, réunissant des données et projections démographiques ainsi que des données générales relatives à la santé dans le canton de Vaud.

PROBLÈMES ET ENJEUX

Le suivi d'une politique s'adressant à l'ensemble de la population doit reposer sur des données épidémiologiques détaillées décrivant cette population. De telles données doivent être stables, reposer sur une méthodologie suffisamment constante pour permettre de suivre au cours des ans des indicateurs (de santé, d'accès aux soins, de préférences, etc.) nécessaires au pilotage. Elles doivent aussi comprendre une composante longitudinale (fondée sur le suivi régulier de cohortes) pour examiner l'évolution de la santé et des besoins. Actuellement, les données produites par l'Office Fédéral de la Statistique sont insuffisantes, qualitativement et quantitativement, pour effectuer un suivi statistique et épidémiologique de la santé et des besoins de soins de la population âgée du canton de Vaud qui guiderait les décisions politiques. Cette lacune n'est palliée par aucune statistique cantonale, il n'existe pas d'enquête vaudoise sur la santé de la population âgée.

L'organisation sanitaire reposant sur des réseaux de soins, voulue dans les années 1990, nécessite à la fois :

- **une cohérence dans la définition des informations utiles produites par les institutions de soins :** la nécessité des prochaines années sera de passer d'un système en silo (par secteur de soins) à un système transversal (adoption d'instruments communs facilitant la communication entre structures de différents niveaux) ;
- **un interfaçage entre les institutions facilitant la transmission d'informations** y compris, en partie, pour nourrir le système d'information sanitaire.

La coordination des soins est particulièrement importante dans la prise en charge médico-sociale de personnes âgées dépendantes, notamment lors de leurs transferts au travers du réseau de soins. Dans l'état actuel, les EMS se sont dotés de solutions informatiques disparates et ne disposent pas d'un dossier patient informatisé commun. Des instruments différents ont été implantés, ou sont en voie de l'être, dans les EMS (outil PLAISIR) et les CMS (RAI-Domicile) pour décrire leur clientèle. Des réflexions parallèles et potentiellement divergentes sont conduites par le CHUV et la FHV sur le développement du dossier patient informatisé des hôpitaux, et les statistiques hospitalières répondant aux exigences de la Confédération sont insuffisantes du point de vue de la description des patients âgés.

Le Document Médico-Social de Transmission (DMST) est la clef de voûte de la communication entre institutions lors du transfert de patients âgés dans les réseaux de soins. Il joue un rôle central dans l'activité des infirmières de liaison. Ce document est cependant affaibli par des pratiques d'évaluation gériatrique variables, sans référence ni définition commune aux évaluateurs. Cette faiblesse porte atteinte à la qualité de l'information figurant dans la base de données des BRIOs (BRIOCHE) renseignant sur les mouvements des personnes âgées au travers des réseaux de soins.

Malgré l'importance des soins médicaux dans une population âgée caractérisée par une fréquence élevée de pathologies chroniques, **aucune statistique n'est disponible concernant les soins ambulatoires** et les caractéristiques de santé de ceux qui en bénéficient. Cette lacune concerne tant les soins prodigués par les médecins de premier recours, qui jouent un rôle central dans la coordination des soins pour des patients souvent marqués par une polymorbidité, que ceux fournis par les médecins spécialistes. Par ailleurs, alors que les médecins en pratique ambulatoire ne contribuent pas au système d'information, ils sont en retour peu impliqués dans les échanges

d'information médico-sociale relatifs à leurs patients, ce qui constitue une barrière à l'intégration des prises en charge. La lacune d'information relative aux soins ambulatoires concerne également les soins fournis par les professions paramédicales (physiothérapeutes, pharmaciens, etc.) qui elles aussi sont fortement concernées par les pathologies chroniques très répandues dans la population âgée.

Bien que **les services de l'Etat reçoivent régulièrement des données** (relatives aux institutions, à leurs activités, aux bénéficiaires de prestations, etc.), celles-ci, étant destinées à réaliser une juxtaposition de tâches séparées les unes des autres, sont **fragmentées et cloisonnées**. La gouvernance d'ensemble et la communication doivent être renforcées.

Les faiblesses actuelles du système d'information cantonal concernant la santé de la population âgée posent problème, pour établir une **planification adéquate** des ressources sanitaires comme pour **évaluer l'efficacité** des services de santé.

Au-delà des nécessités de gestion interne, il existe également un **intérêt, pour le canton, à produire des données moins lacunaires et moins fragmentées, sur lesquelles se fonder lors de ses échanges** avec d'autres instances (Confédération, assureurs-maladie, etc.).

Enfin, l'adaptation du système de santé nécessitera non seulement la disponibilité de données systématiquement recueillies, mais aussi et surtout **le développement de travaux d'analyse et de recherche scientifique** pour décider, quantitativement et qualitativement, des priorités à donner parmi un foisonnement d'interventions possibles.

OBJECTIFS DE L'AXE 5 « RENSEIGNER POUR PILOTER LA POLITIQUE VIEILLESSE ET SANTÉ ».

Objectif général : Fournir des informations factuelles, quantitatives, se rapportant à l'ensemble de la population âgée, utiles de la Politique Vieillesse et Santé du canton de Vaud.

Objectif spécifique : Adapter et compléter le système d'information sanitaire.

Le système d'information doit permettre de connaître l'état de santé de la population âgée du canton de Vaud, d'estimer ses besoins actuels et futurs, de monitorer le déploiement des mesures préconisées, et enfin d'en évaluer l'efficacité.

L'objectif spécifique de l'axe 5 repose sur une amélioration de la coordination et de l'exploitation des sources de données existantes, sur l'évolution de la contribution des institutions et des professionnels de la santé au système d'information, et sur la génération de nouvelles données.

Le périmètre des données nécessaires au pilotage de la Politique Vieillesse et Santé est illustré par la Figure 5.1 (partie bleue). Il comprend à la fois des données représentatives de la population générale des personnes âgées (état de santé, besoins de soins, recours aux services de santé et leurs déterminants respectifs) et des données relatives aux institutions de soins et aux professionnels de la santé (clientèle, activités). Bien que les déterminants biologiques de la santé (caractéristiques génétiques, par exemple) ne soient a priori pas couverts par ce périmètre,

essentiellement en raison de leur caractère non modifiable, un élargissement futur pourrait être envisagé en fonction de l'évolution technologique.

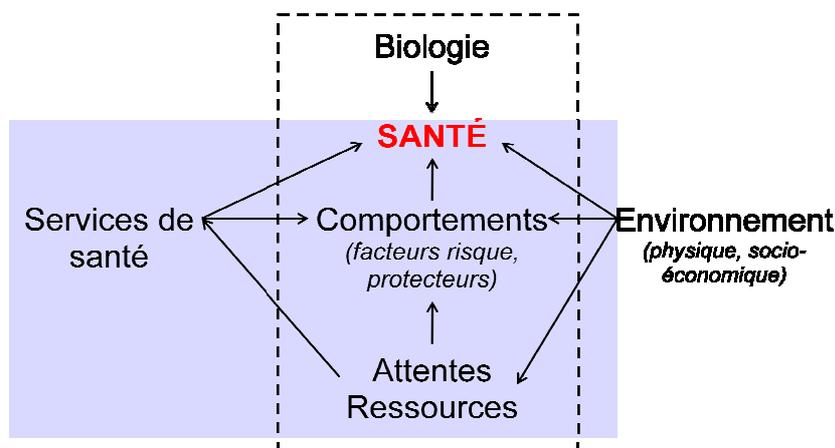


Figure 5.1: Périmètre (en bleu) des données nécessaires au pilotage de la Politique Vieillesse et Santé

Les recommandations concernant le système d'information visent à développer trois catégories de données :

- 1) Les **données produites par les institutions de soins et les professionnels de la santé**, décrivant leur clientèle, qui devraient être
 - adaptées au lieu de soins mais cohérentes entre elles, permettant ainsi d'examiner les trajectoires de personnes âgées dans les réseaux de soins ;
 - générées par un instrument directement utile à la prise en charge (conduisant à une amélioration de sa qualité) mais également à d'autres fonctions (Figure 5.2), en sorte d'éviter une surcharge liée à la multiplication des demandes d'information pesant sur les institutions de soins et les professionnels de la santé.

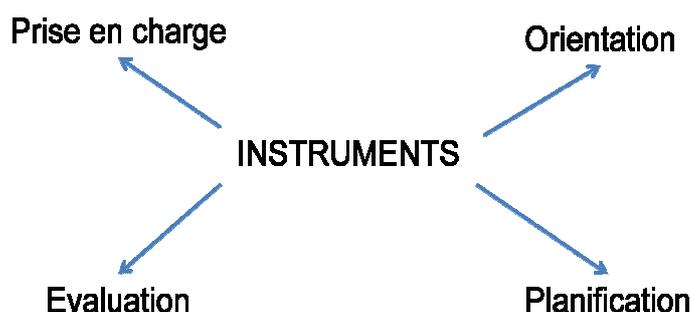


Figure 5.2: Fonctions des instruments d'évaluation des personnes âgées générant des données individuelles

La collaboration des institutions de soins est indispensable à l'évolution d'un système d'information utile au pilotage de la Politique Vieillesse et Santé. Elle peut prendre appui sur la reconnaissance croissante de l'importance d'une information partagée au sein des réseaux de soins, tant à l'intérieur des institutions, lorsque les prises en charge de personnes âgées sont complexes, qu'entre les institutions, lors du transfert de patients entre différents lieux de soins.

- 2) Des **données relatives à la population générale** représentatives des personnes âgées
 - comprenant des éléments liés d'une part à la santé et au recours aux soins, et d'autre part aux aspects psycho-sociaux qui déterminent la santé, les attentes et les relations des individus avec le système de santé ;
 - portant sur des échantillons suffisamment larges pour permettre des analyses de sous-groupes avec une précision satisfaisante ;
 - permettant des analyses à la fois transversales (état de la population) et longitudinales (évolution au cours du temps).

- 3) Des **données économiques** (coûts, financements) sont également nécessaires au pilotage de la Politique Vieillesse et Santé, en particulier pour
 - lever des barrières d'ordre financier à l'accès aux soins ;
 - corriger des mécanismes incitatifs inadéquats ;
 - intégrer des considérations d'efficacité économique à l'évaluation des interventions et au choix des priorités.

Principes spécifiques en lien avec les principes directeurs évoqués en préambule

Les données à recueillir doivent prioritairement :

- Décrire les personnes âgées se trouvant dans différents niveaux de santé (robustes, vulnérables et dépendantes) et, s'agissant de données individuelles, couvrir systématiquement, ou de façon représentative, les groupes-cible (de population, de clientèle).
- Porter sur l'ensemble des services de santé (hospitaliers, ambulatoires, etc.) et se rapporter aux structures, aux activités et aux résultats.
- Etre conçues en sorte de générer des indicateurs utiles au pilotage de la Politique Vieillesse et Santé, permettant en particulier de monitorer son déploiement et d'en évaluer les effets.

Le **COAV, Centre d'Observation et d'Analyse du Vieillesse**, a été créé en 2009 conjointement par l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive et le Service de Gériatrie et de Réadaptation Gériatrique dans le cadre du Département Universitaire de Médecine et de Santé Communautaire (DUMSC) du CHUV. Ce centre, localisé à l'IUMSP, conduit ses travaux dans une perspective communautaire et de santé publique selon deux principes : l'application d'une méthodologie épidémiologique et statistique rigoureuse et un centrage sur les questions soulevées par le vieillissement de la population en termes d'adaptation du système de santé. Le présent rapport sur la Politique Vieillesse et Santé se réfère à des résultats de premiers travaux conduits par cet observatoire (par ex. : Axe 1, projet national "Gesundheitförderung", cf. www.gesundheit-forderung.ch/bpgfa ; Axe 3, projections du nombre de personnes hospitalisées au CHUV, cf. Seematter L et al. 2011). Le budget du COAV comporte une partie fixe, structurelle, destinée à la conception de l'observatoire, à la définition et à la coordination des mandats qui lui sont confiés, et une partie variable dépendant de ces mandats. Le financement initial de la partie fixe du COAV a été assuré, pour la période 2009-2011, par le CHUV dans le cadre de son Plan stratégique.

RECOMMANDATIONS AXE 5 « RENSEIGNER POUR PILOTER LA POLITIQUE**VIEILLISSEMENT ET SANTE »**

A5R1 Introduire dans toutes les institutions de soins, quel qu'en soit le type, un instrument d'évaluation multidimensionnelle de la santé et des besoins associés, en généraliser l'usage et intégrer une partie des données générées au système d'information sanitaire cantonal

Contexte: Le RAI-Domicile, qui sera implanté dans tous les CMS vaudois en 2013, est l'instrument choisi par les cantons, au niveau national, pour l'évaluation des personnes âgées bénéficiant d'aide et de soins à domicile (*Monod et al, 2011*). En Suisse romande, il est déjà généralisé dans les cantons du Valais et de Fribourg. Cet instrument fait partie d'une « famille » RAI, comprenant des modules adaptés à différents lieux de soins. Les instruments de cette famille comportent un recueil de données, le RAI/MDS (minimum data set), à partir duquel sont formulées des propositions permettant une amélioration de la prise en charge. Les données du RAI/MDS sont cependant utiles également à d'autres fonctions, telles que le financement des prises en charge.

Le module RAI-EMS, dont il existe une version suisse, est actuellement utilisé pour le financement des séjours dans de nombreux établissements ; au niveau national, la classification des résidents par le RAI coexiste avec celle fondée sur l'outil PLAISIR (généralisé dans le canton de Vaud) et avec la classification BESA. Le RAI-EMS, jusqu'ici diffusé essentiellement en Suisse alémanique, s'étend actuellement en Suisse romande : le canton de Fribourg l'implante actuellement dans tous ses établissements médico-sociaux. Une réflexion démarre dans le canton du Valais. Au-delà de leur apport à la qualité de soins et à la détermination du financement, les données recueillies par le RAI/MDS offrent un excellent potentiel à la fois pour décrire les usagers des services médico-sociaux, ce qui est indispensable à la planification des ressources, et pour évaluer des interventions dans le champ médical et médico-social.

Mesures / interventions :

- M1** Généraliser l'évaluation RAI-Domicile à toute la clientèle des CMS âgée de 65 ans ou plus, établir un lien entre les données du RAI/MDS et celles relatives aux prestations, et intégrer au système d'information cantonal un extrait anonymisé de ces données.
- M2** Organiser le passage de l'évaluation PLAISIR à une évaluation RAI-EMS dans les établissements du canton, promouvoir l'intégration de cette évaluation à la prise en charge et intégrer au système d'information cantonal un extrait anonymisé du RAI/MDS.
- M3** Introduire progressivement, selon leur disponibilité, des modules RAI spécifiques (soins aigus, réadaptation, psychiatrie) dans les autres institutions de soins, joindre le RAI/MDS au dossier informatisé de la patientèle concernée et intégrer au système d'information cantonal un extrait anonymisé de ces données.
- M4** Développer une routine d'analyse des extraits du RAI/MDS produits par les différentes institutions afin de guider le développement des structures médico-sociales en faveur des personnes âgées.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place un plan d'action pour l'introduction du RAI en EMS comprenant : <ul style="list-style-type: none"> - La réalisation en 2012, en collaboration avec les associations faitières, de l'enquête proposée par l'IUMSP sur les clientèles médico-sociales prises en charge par les CMS et les EMS, en y intégrant une partie du RAI/MDS. - La réalisation d'une étude d'impact d'un passage de PLAISIR à RAI sur le financement des EMS, en comparant les données produites simultanément par les deux instruments. - La mise en place d'un soutien aux EMS pour la production de données informatisées issues du RAI-EMS suisse, en développant 1) la formation à l'évaluation par cet instrument, 2) une interface entre RAI et dossier informatisé du résident et 3) l'extraction d'une partie du RAI/MDS cryptée. ✓ Mettre en place un projet de recueil et d'analyse des extraits de données générés par l'ensemble des institutions ayant adopté les instruments de la famille RAI. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place, en collaboration avec l'AVASAD, une extraction de données cryptées à partir du RAI/MDS et des prestations enregistrées.

A5R2 Développer les statistiques populationnelles relatives à la santé, aux besoins et au recours aux services de santé, ainsi qu'aux facteurs qui leur sont associés

Contexte: Le canton de Vaud ne dispose pas d'une enquête officielle sur la santé des Vaudois. Nos connaissances actuelles reposent sur l'Enquête Suisse sur la Santé (Office fédéral de la statistique) qui, pour des raisons liées à sa périodicité, à son caractère transversal, à son contenu non spécifique et au volume restreint de personnes âgées interrogées, ne suffit pas au pilotage d'une Politique cantonale Vieillesse et Santé.

Cependant, le CHUV a mis en place depuis 2004 une large cohorte de personnes suivies annuellement depuis l'âge de 65-70 ans (cohorte Lc65+), produisant des données détaillées uniques sur la santé de la population âgée vivant à Lausanne (*Santos-Eggimann 2007*) et sur ses déterminants psycho-sociaux. Cette cohorte est élargie temporairement, en 2011-2012, à l'ensemble du canton pour recueillir des données sur la santé, la qualité de vie, les soins et les attentes des Vaudois non-institutionnalisés. Sa conception comme plateforme de recueil de données destinée à l'étude des effets du vieillissement sur la santé en fait un instrument central pour le système d'information sanitaire du canton.

Mesures / interventions:

- M1** Développer un recueil de données représentatif de la population générale âgée non-institutionnalisée du canton, permettant de monitorer la santé, les besoins, l'organisation des soins, leurs déterminants, mais aussi les attentes et préférences en matière de soins.
- M2** Mettre en place, avec l'accord des participants, un lien entre ce recueil de données et les statistiques recueillies par les institutions de soins (notamment hôpitaux, CMS).
- M3** Poursuivre l'exploitation des données existantes, en particulier celles produites par l'Office fédéral de la statistique.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer la cohorte Lc65+, envisager des extensions ponctuelles périodiques permettant d'atteindre l'ensemble du canton, explorer la possibilité de transformer ces extensions en relevé périodique longitudinal et de lier les données aux statistiques hospitalières.

A5R3 Développer les statistiques du secteur des soins ambulatoires

Contexte: Les données concernant les soins ambulatoires dispensés par des médecins ou par d'autres professionnels manquent, quelle que soit la catégorie d'âge des patients concernés, dans le canton de Vaud. Cette lacune est particulièrement problématique pour la population âgée, en raison de la fréquence élevée des maladies chroniques et de la polymorbidité qui implique de nombreux contacts avec les services de santé. Ainsi, les rôles particuliers des médecins traitants, des spécialistes et des autres professions de la santé dans la prise en charge de la population âgée vivant à domicile restent une inconnue, faute d'information. Cependant, des données sont régulièrement produites et informatisées, notamment par les médecins pour leur facturation et par les assureurs pour leurs remboursements.

Mesures / interventions :

- M1** Intégrer au système d'information cantonal des données relatives aux prestations ambulatoires des hôpitaux et aux personnes âgées en bénéficiant.
- M2** Intégrer au système d'information cantonal des données relatives aux prestations ambulatoires des médecins installés en pratique privée et aux personnes âgées en bénéficiant.
- M3** Intégrer au système d'information cantonal des données relatives aux prestations ambulatoires des autres professions de la santé (physiothérapeutes, etc.) installés en pratique privée et aux personnes âgées en bénéficiant.
- M4** Intégrer au système d'information cantonal des données relatives aux prestations des pharmaciens.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explorer le potentiel des données des centres de confiance SVM (facturation des médecins), des assureurs et des pharmacies. ✓ Mettre en place une statistique complémentaire permanente, consacrée aux soins ambulatoires, décrivant un échantillon d'interactions avec la population âgée du canton. 	

A5R4 Accompagner la mise en œuvre de la Politique Vieillessement et Santé sur la base de l'appareil statistique décrit aux recommandations R1 à R3

Contexte: Le présent rapport comporte des recommandations explicites, déclinées sur cinq axes, qui devront être évaluées en suivant l'évolution d'indicateurs adaptés aux recommandations, mesures et interventions. Le monitoring comprend a) une définition de ces indicateurs, fondée à la fois sur les actions entreprises, telles que définies dans les axes 1 à 4, et sur les données déjà disponibles ou réunies en suivant les trois premières recommandations de l'axe 5 ; b) une mesure périodique de ces indicateurs ; et enfin c) une analyse et synthèse. L'ensemble de ces travaux nécessite un observatoire du vieillissement centré sur la santé de la population âgée du canton. L'évolution du **COAV**, comme observatoire du vieillissement, vers une mission cantonale inscrite dans le cadre du pilotage de la Politique Vieillessement et Santé doit permettre, en collaboration avec **l'Institut d'Economie et de Management de la Santé (IEMS)** et le **SCRIS-Statistique Vaud** (dont les missions sont plus générales), d'adapter le système d'information sanitaire, de mettre en place les indicateurs nécessaires et de disposer d'analyses statistiques et épidémiologiques adaptées aux besoins du pilotage.

Mesures /interventions :

- M1** Mettre en place un observatoire du vieillissement centré sur la santé et l'adaptation des services de santé.
- M2** Mettre en place un système de suivi régulier des effets de la Politique Vieillessement et Santé sur la base d'indicateurs définis pour chacun de ses axes.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Définir et mesurer, si possible pour chaque action à développer à court terme, des indicateurs sur la base des données actuellement disponibles. ✓ Définir pour chaque mesure/intervention des indicateurs mesurables après la mise en œuvre des recommandations R1 à R3 de l'axe 5. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Donner au COAV une dimension cantonale d'observatoire du vieillissement et de ses implications sur la santé, en pérennisant sa structure et définissant ses liens avec l'IEMS et le SCRIS.

A5R5 Développer une recherche épidémiologique sur la santé et les services de santé dont les résultats permettront de fonder la Politique Vieillesse et Santé sur l'évidence scientifique

Contexte: Alors que des indicateurs sont nécessaires au monitoring continu de la Politique Vieillesse et Santé, des études approfondies plus ponctuelles resteront nécessaires notamment pour quantifier les besoins de la population, pour connaître les facteurs de risque modifiables conduisant à cibler des sous-groupes, mais aussi pour évaluer l'efficacité d'interventions novatrices avant leur généralisation. Parmi les mesures présentées dans les axes 1 à 4, de nouveaux modèles sont proposés dans de nombreux domaines, dont la prévention et l'organisation des soins autour des personnes âgées qu'elles soient robustes, vulnérables ou dépendantes. En particulier, les aspects de coordination et d'intégration seront développés selon des modalités qui devront être testées. Par les compétences qu'ils réunissent en épidémiologie, en recherche sur les services de santé et en économie, le COAV et l'IEMS offrent un cadre adapté à la conduite de tels travaux.

Mesures /interventions :

- M1** Accompagner le déploiement de la Politique Vieillesse et Santé d'un programme de recherche épidémiologique et sur les services de santé conforme aux besoins d'évidence scientifique.
- M2** Accompagner les interventions d'importance stratégique (projets pilotes ou de démonstration) d'une évaluation systématique.

Actions à développer à court terme (2012-2014) :

Nouveau, à créer :	Existant, à renforcer :
✓ Définir un programme de recherche épidémiologique et sur les services de santé intégrant des aspects économiques, comprenant l'évaluation des interventions d'importance stratégique pour la Politique Vieillesse et Santé.	

Groupe de travail « Pilotage et Système d'information » :

Les recommandations et mesures de l'axe 4 ont été discutées dans le cadre du Groupe de travail « Pilotage et Système d'information », **présidé par la Prof. Brigitte Santos-Eggimann, membre du comité d'experts**. Ce groupe s'est réuni 4 demi-journées entre avril et novembre. Nous remercions vivement les personnes ci-dessous pour leur implication et leur participation enthousiaste et constructive.

- **M. Vincent Adatte**, adjoint à la direction des soins, CHUV (développement stratégique et projet DOPHIN)
- **Mme Brit Baarli**, statisticienne et économiste, Service des assurances sociales et de l'hébergement
- **M. Serge Bignens**, responsable cellule eHealth, Service de la santé publique
- **M. Henri Briant**, responsable cellule Systèmes d'information, Service de la santé publique
- **Mme Tatiana Castelli**, cheffe de projet au service transversal des prestations, AVASAD
- **Mme Carol Gay**, directrice de l'EMS « Le Marronnier », membre du comité d'experts
- **Dr Thomas Giger**, psychiatre/psychothérapeute FMH installé, membre du comité d'experts
- **Dresse Stéphanie Monod**, médecin gériatre responsable de l'Unité ambulatoire et communautaire, service de gériatrie et réadaptation gériatrique, CHUV
- **Mme Aurélie Rosemberg**, coordinatrice système d'information ARCOS et CORES
- **Prof. Brigitte Santos-Eggimann** (présidence), responsable de l'Unité des services de santé, IUMSP
- **Mme Sylvie Thierry**, directrice générale adjointe (eHnv), et responsable des systèmes d'information, eHnv
- **M. Pierre Valentin**, chef de projet eHealth, Service de la santé publique

Références mentionnées pour l'axe 5 :

- Monod S, Hongler T, Castelli T, Clivaz-Luchez P, Bula C. Le Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-Domicile) : ce que le médecin de premier recours doit savoir. Rev Méd Suisse 2011 ;7 :2176-83.
- Santos-Eggimann B, Karmaniola A, Seematter-Bagnoud L, Spagnoli J, Büla C, Cornuz J, Rodondi N, Vollenweider P, Waeber G, Pécoud A. The Lausanne cohort Lc65+: a population-based prospective study of the manifestations, determinants and outcomes of frailty. BMC Geriatr 2008;8(1):20.
- Santos-Eggimann B. La santé des personnes de 65 à 70 ans: un profil instantané. Rev Méd Suisse 2007;3:2546-51.
- Seematter-Bagnoud L, Fustinoni S, Rochat S, Büla C, Pécoud A, Santos-Eggimann B. Personnes âgées hospitalisées au CHUV : Projections jusqu'en 2030. COAV, CHUV, 2011.