

Pôle Régional Santé

# Rapport d'activité 2018

Kauz Brigitte et Blaser Aurélie  
25/03/2018

## 1. Activités globales 2018

---

Durant l'année 2018, les travaux de conception du projet Pôle Régional Santé (PRS) se sont poursuivis et les premières réalisations cliniques ont débuté. La planification des différents lots cliniques a été précisée et les travaux ont été priorisés afin de répondre au cahier des charges de réponse à l'urgence émis par le Chef du Département de la Santé de de l'action sociale (DSAS).

L'enjeu principal lié à la demande du SSP a été de conserver le sens du projet du PRS et la cohérence entre les lots de travail de la Réponse à l'urgence et des autres lots de travail. Bien qu'il s'agissait d'une priorisation des travaux et non d'une remise en question du projet, le rythme de travail a dû être accéléré pour certains axes et pondéré pour d'autres.

Le **plan de communication** du PRS, la **planification globale** ainsi qu'un **rapport sur les indicateurs** ont été réalisés et transmis au SSP (Service de la Santé Publique) en début d'année. Un **état des lieux** des personnes se rendant aux urgences a également été réalisé en collaboration avec l'ensemble des chargés de projets. Différentes recommandations ont émergé de cet état des lieux et les priorités identifiées étaient : la création de la Permanence, la redéfinition des missions de l'Equipe Mobile de l'ASPMAD, la mise en place des processus de détection de la vulnérabilité, l'intégration dans un seul projet des projets RRAC et PTH-PTG, et étendre le projet aux problématiques rencontrées en psychiatrie. Toutefois, la mise en œuvre du projet de la Réponse à l'urgence a demandé un réaménagement des travaux et les documents transmis n'ont pas tous répondu aux attentes du SSP et n'ont pas pu être utilisés en l'état.

Un nouveau **plan de projet** a été rédigé afin de répondre aux priorités demandées, en cohérence avec les autres régions du Canton, et l'organisation du travail dans le projet a également dû être revue. L'ensemble des partenaires du Nord vaudois a été intégré dans les réflexions et le périmètre du projet a été étendu à Ste-Croix et à la Vallée de Joux. Le plan de projet a été réalisé en coordination avec la Broye, toutefois le Nord et la Broye conduisent deux projets distincts. Suite au projet de directive du DSAS concernant la garde médicale, les réflexions initiées pour la médecine de premier recours se sont étendues à la pédiatrie, à la gynécologie et à la psychiatrie. Différents états des lieux ont été réalisés (**hospitalisations non pertinentes**) ou sont en cours d'élaboration afin d'explorer les besoins en lien avec ces nouveaux axes de travail. Du point de vue clinique, les processus communs ont été revisités et validés par les différentes partenaires puis présentés au SSP (Annexe 1). Une mise en cohérence des lots de travail du PRS et de la réponse à l'urgence a également été faite suite à la demande du SSP (Annexe 2).

L'**organigramme** de projet a été revisité en fonction de la priorisation des travaux (Annexe 3). Ainsi, les lots qui ont été priorisés dans le cadre de la réponse à l'urgence sont les suivants : Tri/orientation vers la médecine générale, Réponse médicale, Réponse médico-technique, Réponse médico-technique en EMS, Lits temporaire, Pharmacie d'interface et Psychiatrie.

En fin d'année, à la demande du SSP, des **fiches descriptives** de projet ont été rédigées détaillant notamment les objectifs, la planification ainsi que les indicateurs des 13 lots de travail du PRS.

En parallèle, Les premiers **rapports d'organisation clinique** (insuffisance cardiaque, soins palliatifs, gériatrie intra-hospitalière, réadaptation et gestion de cas de coordination) ont été rédigés et

certaines **modélisations financières**, notamment la modélisation de Permanence et de la garde ont pu être finalisées.

### **1.1. Séances 2018**

Pour la gestion du projet, différents types de séances ont eu lieu courant 2018 représentant un total de plus de 700 heures. Tous les partenaires de la région ont été intégrés dans les réflexions, les médecins et pharmaciens de la région y ont participé à hauteur de 192 heures.

Type de séances	Nbre de séances
Bureau de copil	11
Comité spécialisé	9
Equipe coordination	4
Equipe clinique (chargés de projet)	13
Différents comités cliniques	39
Différents groupes de travail	40

### **1.2. Actions de communication 2018**

- Congrès International Francophone de Gériatrie et Gériatrie, 13 juin à Montreux.
- Congrès de l'ALASS (Association Latine pour l'analyse des systèmes de Santé), 6 septembre à Lyon.
- Après-midi d'échanges «Réponse à l'urgence – Avancement et perspectives», le 1<sup>er</sup> novembre, organisé par le SSP
- Plateforme Romande FMC, 14 novembre à Yverdon-les Bains
- Séminaire du Pôle Régional Santé, le 22 novembre à Orbe
- Capsule vidéo (Séminaire), décembre 2018
- Capsule vidéo ASPMAD pour la Réponse à l'urgence, décembre 2018
- Echo du Réseau décembre 2018
- Une page sur le site du RSNB en cours de création

Différentes actions de communication à l'interne ont été conduites pour les différents lots de travail (présentations à des colloques d'équipes ou de cadres, newsletters, informations intranet,...).

### **1.3. Principales réalisations 2018** (rapports indicateurs en Annexes 4)

Les premières réalisations cliniques ont pu démarré en 2018 et certaines sont à bout touchant pour 2019<sup>1</sup>.

- **La Permanence du PRS** a pu être ouverte partiellement à partir du mois de juin et est exploitée avec des horaires étendus depuis le mois d'octobre 2018. Il y a eu 824 consultations en 2018 (Annexe 4.1)
- Dans la perspective de l'organisation de la Réponse à l'urgence en 2019, un groupe de travail a réfléchi sur les compétences d'évaluation nécessaires à l'Equipe Mobile du CMS, et deux jours de **formation** ont été donnés à l'Equipe Mobile de nuit. Des collaborations entre

---

<sup>1</sup> Chacun des lots de travail et ses objectifs sont détaillés dans la partie « Avancement des travaux »

l'Equipe Mobile et la pharmacie d'interface se sont mises en place et **des kits de matériel et de médicaments** ont été élaborés et mis à disposition de l'Equipe Mobile.

- Une infirmière de **psychiatrie de liaison** a été engagée au mois de juillet 2018 et, en parallèle à la gestion de projet, elle a suivi 120 patients et effectué 182 consultations. Depuis novembre, une cheffe de clinique a pu être engagée pour la supervision de l'infirmière. (Annexe 4.2)
- L'itinéraire clinique pour les **patients insuffisants cardiaques** a été testé et validé, 19 patients ont été suivis pour des soins de transition. L'annexe 4.3 représente les données pour l'ensemble des hospitalisations aux eHnv.
- Dans le cadre du projet des **soins palliatifs**, la détection ainsi qu'une consultation intra-hospitalière en soins aigus sont testées depuis le mois de septembre et 89 patients ont été détectés. Parmi eux, 73 patients ont bénéficié de la consultation intra-hospitalière et 39 patients ont eu une consultation spécialisée en soins palliatifs. L'annexe 4.3 représente les données pour les décès aux eHnv.
- L'infirmier clinicien chargé de **la gériatrie intra-hospitalière** a donné son congé alors que les premières réalisations (détection systématique de la vulnérabilité aux urgences) étaient prévues au mois de septembre. Les différents partenaires ont décidé de poursuivre les travaux en réajustant certains mandats. L'infirmière engagée dans le cadre de la gériatrie d'interface et une infirmière en PAA des eHnv, impliquée dans les travaux de gériatrie ont collaboré pour l'implantation d'une détection systématique aux urgences. Entre septembre et décembre, 151 détections ont été recensées et près de 40% des patients détectés avaient un haut risque de vulnérabilité. En parallèle, parmi les patients de plus de 70 ans hospitalisés dans le service de médecine, 662 ont bénéficié d'une évaluation physiothérapeutique de première ligne et 56 d'une évaluation spécialisée (Annexe 4.4).
- Au RSBJ, **les soignants de première ligne** ont été formés à la prise en charge des personnes âgées en milieu aigu. Une diminution du déclin fonctionnel a pu être observée (rapport final attendu au 1<sup>er</sup> semestre 2019). 54 % des patients de plus de 70 ans hospitalisés au RSBJ nécessiteraient une prise en charge spécialisée.

Les données cliniques récoltées par les chargés de projet responsables des lots ci-dessus sont synthétisées dans le tableau en Annexe 4.5. Courant 2019, les résultats et l'analyse des activités cliniques développées seront disponibles sous forme de rapports intermédiaires.

## **2. Ressources humaines 2018**

---

Les ressources humaines dédiées au projet en 2018 sont décrites en annexe (Annexe 5)

### **2.1 Engagements/démissions :**

- Mandat de chargé de projet à 20 % pour la réponse médico-technique depuis le mois d'avril
- Suite à l'engagement de l'infirmière pour la gestion de cas, le mandat du chargé de projet s'est terminé au mois de juin.
- Suite au départ de la chargée du projet EMS ; depuis le mois de juin, la fondation Saphir a mis à disposition une chargée de projet à 20 % pour reprendre les travaux (pas de subvention demandée).
- Depuis le mois de juin, engagement d'un 30 % pour conduire les travaux financiers du PRS. Le taux a été annualisé afin d'assurer l'ensemble des travaux dans le respect des délais.

- Démission de l’infirmier clinicien spécialisé pour la gériatrie intra-hospitalière au 31 août. Depuis septembre, les ressources des eHnv et du RSNBont été mise à disposition pour tester la détection aux urgences.
- Augmentation du taux d’activité de l’infirmière clinicienne pour l’insuffisance cardiaque à 100% depuis le mois de juillet.

### **3. Avancement des travaux**

---

#### **3.1. Infrastructures**

##### **3.1.1. Locaux provisoires :**

Des bureaux au sein des différents partenaires ont été trouvés afin d’accueillir les nouveaux chargés de projet.

Des locaux pour la mise en place de la Permanence ont pu être mis à disposition par les eHnv. Ainsi, deux chambres, un bureau et une salle d’attente au 2<sup>ème</sup> étage du bâtiment principal du site d’Yverdon sont dédiés à la Permanence du PRS depuis le mois de juin 2018.

La recherche d’un emplacement pour les lits temporaires au sein des eHnv est toujours en cours.

##### **3.1.2. Matériel :**

La Permanence du PRS, l’équipe mobile, la consultation infirmière pour l’insuffisance cardiaque, ainsi que la psychiatrie de liaison ont été équipés du matériel nécessaire à leur fonctionnement.

##### **3.1.3. Bâtiment futur :**

Le programme des locaux avait été transmis aux eHnv en 2017 et il a été mis en perspectives avec les besoins des eHnv du futur. Les travaux de faisabilité architecturale sont en cours. Le bâtiment a été chiffré à CHF 22 mio<sup>2</sup>. Les rôles et responsabilités des partenaires dans le financement et la construction du bâtiment doivent encore être discutés.

#### **3.2. Finances**

##### **3.2.1. Indicateurs :**

Les travaux sur les indicateurs se sont poursuivis en 2018 et ont été complétés lors de la transmission à SSP des fiches descriptives. Un travail supplémentaire doit être conduit entre la cheffe de projet et la DGS afin d’identifier les indicateurs pertinents.

\*

##### **3.2.2. Budget**

Le budget 2018 accordé par le SSP assurait les mêmes dotations qu’en 2017 et a permis d’ouvrir la Permanence du PRS. Le résultat financier de la permanence et du projet se trouvent en Annexe 6. Les budgets 2019 ont été transmis au SSP et une partie des budgets ont été validés au mois de décembre 2018.

##### **3.2.3. Etude et modélisation financière**

Une modélisation financière a pu être faite pour la majorité des lots de travail en réalisation en 2018. Une étude plus fine doit être conduite pour certains lots de travail, transverses aux institutions afin d’identifier le meilleur modèle de financement.

---

<sup>2</sup> En attente du chiffrage précis

#### ***3.2.4. Business plan du bâtiment***

Le business plan du bâtiment sera fait courant 2019.

#### ***3.2.5. Conventions et mandats***

Une convention cadre entre partenaires (eHnv-RSNB-ASPMAD) est en cours de signature. Des annexes concernant chaque lot de travail y seront annexées.

#### 4. Clinique

##### Description des lots de travail clinique et avancement des travaux en 2018<sup>1</sup>

Lots de travail <sup>2</sup>	Objectifs spécifiques	Objectifs 2018	Travaux à réaliser	Avancement 2018	Résultat attendu <sup>3</sup>	Finalité
<b>1. Tri et orientation vers la médecine de premier recours</b>	<p>Définir des critères de tri pour évaluer la gravité de la situation et définir l'orientation, quel que soit le lieu de l'intervention</p> <p>Réorganiser la médecine de 1<sup>er</sup> recours pour prendre en charge sur les lieux de vie ou dans les permanences les patients ne nécessitant pas une consultation aux urgences</p>	<p>Identifier les consultations inappropriées aux urgences et les orienter vers la Permanence</p> <p>Créer la Permanence</p> <p>Identifier les besoins d'évaluations sur les lieux de vie</p>	<p>Tester et réévaluer les critères, les processus et les procédures d'orientation vers la permanence</p> <p>Finaliser les besoins, les compétences et la logistique nécessaire pour la création de la permanence</p> <p>Développer les critères et les compétences de tri sur les lieux de vie</p>	<p>Critères et procédures validés à tester</p> <p>Business plan modélisation réalisés<sup>4</sup></p> <p>Pré-test Permanence dès juin avec ouverture partielle (ASSC eHnv) . Test en octobre avec engagement ASSC par l'ASPMAD. 1<sup>er</sup> Bilan effectué.</p> <p>Besoin et compétences identifiées, mise en place formation à l'évaluation clinique, 2 jours de formation donnés en décembre.</p>	<p>Guide lines (2017, ok)</p> <p>Organiser un lieu de prise en charge distinct des urgences (mi-2018, dans les temps)</p> <p>Compétences d'évaluation sur les lieux de vie (2019, dans les temps)</p>	<p>Diminution de la proportion des urgences de degré 3 et 4 en charge aux eHnv</p> <p>Augmentation de la proportion de patients orientés en permanence</p> <p>Maintien dans les lieux de vie</p>

<sup>1</sup> Sur la base du tableau transmis mi-2018, sera revisité en 2019 sur la base des fiches descriptives

<sup>2</sup> Les lots de travail 1 à 7 sont les lots prioritaires inclus dans la réponse à l'urgence

<sup>3</sup> Délais réajustés selon la planification 2018

<sup>4</sup> Rapport de modélisation transmis

<p><b>2. Réponse médicale</b></p> <p><b>a) médecine générale</b></p>	<p>Revisiter et optimiser la garde médicale régionale pour offrir une continuité dans le suivi médical de la population lors d'urgence, de crise et de transition</p>	<p>Identifier les mesures d'amélioration de la garde régionale</p> <p>Conceptualiser et réaliser les pistes de solutions</p> <p>Identifier les besoins d'amélioration pour la médecine extensiviste</p>	<p>Constituer GT et proposer des alternatives au modèle actuel, les modéliser Inclure la réponse médicotéchnique dans les réflexions</p> <p>Proposer des développements régionaux, définir le monitoring de l'activité</p>	<p>GT constitué et pistes d'optimisation identifiées Validation par l'AG des médecins du nouveau système de garde pour 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garde à la Permanence du PRS</li> <li>- Supervision des assistants des permanences</li> <li>- Supervision de l'équipe médico-technique</li> </ul> <p>Périmètre de l'activité révisé et mise en place du monitoring de l'activité</p>	<p>Organisation de la garde médicale effective au 1.1.2019 (dans les temps)</p> <p>Convention pour la médecine extensiviste (fin 2018, en retard)</p>	<p>Diminution des patients se rendant aux urgences</p> <p>Augmentation des prises en charge dans les lieux de vie</p> <p>Améliorer les soins de transitions afin d'éviter les hospitalisations évitables et les consultations en urgence Diminution du recours aux urgences</p>
<p><b>b) Réponse médicale pédiatrie</b></p>		<p>Identifier les besoins d'amélioration et proposer des pistes</p>	<p>Faire un état des lieux des besoins d'amélioration</p>	<p>Prise contact avec les pédiatres installés et les services de pédiatrie hospitaliers impliqués dans la garde pédiatrique. Etat des lieux en cours</p>	<p>Adapter le système de garde (fin 2019, dans les temps)</p>	<p>Diminution du recours aux urgences</p>
<p><b>c) Réponse médicale gynécologie</b></p>		<p>Identifier les besoins et proposer des pistes</p>	<p>Faire un état des lieux</p>	<p>Prise contact avec les gynécologues installés, et les services de gynécologie hospitaliers impliqués dans la garde régionale de gynécologie. Etat des lieux en cours.</p>	<p>Créer un système de garde équitable entre l'hôpital et les cabinets (2019, dans les temps)</p>	



<b>d) Réponse médicale psychiatrie</b>		Identifier les besoins et proposer des pistes	Faire un état des lieux	Prise de contact avec les psychiatres. Leur demande est de penser leur système de garde sans autre représentant.	Améliorer le système de garde (délais à discuter)	Diminution du recours aux urgences
<b>3. Réponse médico-technique (RMT)</b>	<p>Intervenir, en urgence, sur le lieu de vie, et mettre en place une aide et des soins dans un délai de &lt;2 heures.</p> <p>Offrir une continuité dans la prise en charge et développer les prestations existantes pour de nouvelles indications médicales afin de maintenir la population dans leur lieu de vie ou de favoriser un retour à domicile</p>	Identifier les mesures d'amélioration pour la réponse médicotéchnique	<p>Identifier les conditions d'interventions sur les lieux de vie dans un délai de &lt;2h</p> <p>Faire un état des lieux, identifier les besoins de développement de l'activité, conceptualiser et réaliser les critères, processus et procédures nécessaires</p> <p>Redéfinir les missions de l'équipe mobile</p> <p>Proposer des développements en lien avec la réponse médicale et les besoins identifiés en EMS</p>	<p>Conditions d'interventions identifiées.</p> <p>Etat des lieux, processus et procédures finalisés et à tester :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide et soins dans les 2h</li> <li>- Evaluation la nuit</li> </ul> <p>Infirmières formées à l'examen clinique.</p> <p>Redéfinition de la mission de l'EM. Devra être poursuivie au fil de la progression de la RMT, avec transfert de certaines prises en charge aux CMS. Conditions d'intervention et de reprise de clients EM par les CMS à tester en 2019.</p> <p>Mise en perspective des différents besoins faite, pas de demande des EMS mis à part convention Saphir 19h-7h</p>	<p>Guide-lines (début 2019, dans les temps), processus et conventions interinstitutionnels et interdisciplinaires (fin 2018, dans les temps)</p> <p>Mission de l'équipe mobile redéfinie (août 2018, dans les temps)</p> <p>Adaptation de l'activité aux besoins des partenaires Supervision médicale définie (fin 2018, dans les temps)</p>	<p>Eviter des consultations en urgences et des hospitalisations inappropriées</p> <p>Favoriser le retour à domicile et les soins de transitions</p> <p>Eviter des réhospitalisations</p>

<p><b>4. EMS</b></p>	<p>Prévenir le déclin fonctionnel et maintenir l'autonomie des personnes âgées.</p> <p>Offrir une prise en soins adéquate lors d'urgences, de crise et de transition en EMS</p>	<p>Identifier les besoins et mesures d'amélioration en EMS</p>	<p>Faire un état des lieux, identifier les besoins, proposer des variantes, conceptualiser et réaliser des pistes de solutions entre les partenaires de la région</p>	<p>Poursuite du GT avec les infirmiers-chefs</p> <p>Etat des lieux effectué et piste de solutions identifiées</p> <p>Nouveau chargé de projet et constitution comité clinique</p>	<p>Mise à disposition d'une réponse médicoteknique (début 2019, en retard)</p> <p>Mise à disposition d'une réponse médicale (début 2019, dans les temps)</p> <p>Guide lines</p> <p>Processus clinique et continuité des soins (début 2019, en retard)</p>	<p>Eviter les hospitalisations inappropriées et maintenir la population dans son lieu de vie si possible</p>
<p><b>5. Lits temporaires</b></p>	<p>Offrir une alternative à l'hospitalisation lorsqu'elle est inappropriée</p>	<p>Identifier les hospitalisations inappropriées</p> <p>Définir les critères, processus et procédure des lits temporaires et les créer</p> <p>Identifier les différents modèles de financement et choisir parmi le plus pertinent</p>	<p>Définir la typologie de patients et les prestations à développer</p> <p>Définir les critères</p> <p>Trouver une localisation provisoire</p> <p>Modéliser les lits temporaires</p>	<p>Etat des lieux finalisé : analyse rétrospective de dossiers sur 1 semaine sur les hospitalisations inappropriées</p> <p>Définition des critères</p> <p>Définition des différentes missions des lits temporaires vis-à vis des structures existantes</p> <p>Procédures depuis les urgences en cours</p> <p>Demande pour des locaux provisoires effectuée, <b>pas de disponibilité avant fin 2019</b></p> <p>Business plan/ réflexion financement initié</p>	<p>Etat des lieux des hospitalisations non pertinentes<sup>5</sup> (mars 2018, dans les temps)</p> <p>Processus et procédures d'orientation (fin 2018, en retard)</p> <p>Développer une structure de prise en charge alternative à l'hospitalisation (mars 2019, en retard)</p>	<p>Eviter les hospitalisations inappropriées et maintenir la population dans son lieu de vie si possible</p>

<sup>5</sup> Etat des lieux transmis



Lots de travail (Concomitants)	Objectifs	Objectifs 2018	Travaux à réaliser	Avancement	Résultat attendu	Finalité*
<b>8. Gestion de cas thérapeutique- insuffisance cardiaque</b>	Développer une consultation infirmière pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et promouvoir les soins de transition	Implanter la consultation et l'itinéraire clinique  Modéliser facturation infirmière	Tester itinéraire et processus clinique  Définir et affiner critère, processus et procédures  Renforcer collaboration interprofessionnelle intra-hospitalière	Etat des lieux effectué et organisation définie <sup>6</sup>  Conventions pour responsabilité médicale signée  Processus et procédures en voie de finalisation (ajustement en cours)  Plusieurs GT constitués et en cours d'avancement  Test de l'itinéraire clinique et des collaborations effectués  Reflexion sur le déploiement	Itinéraire clinique complet (interinstitutionnel et interprofessionnel) (septembre 2018, dans les temps)  Formations (2019, dans les temps)  Déploiement (mi-2019, dans les temps, possible retard)	Eviter les réhospitalisations Maintenir l'autonomie de la population et prévenir des consultations en urgence et des hospitalisations
<b>9. Gestion de cas thérapeutique- diabète<sup>7</sup></b>	Accompagner et soutenir la prise en charge des patients diabétiques en situation complexe  Renforcer la détection et la prévention secondaire	Développer une évaluation bio-psycho-sociale et de la complexité  Développer des processus et procédures de prise en charge interdisciplinaire	Tester l'évaluation de la complexité selon « modèle INTERMED »  Tester les processus et procédures Développer les documents de suivi et transmission  Initier la collaboration interprofessionnelle  Tester la facturation des prestations	Test évaluation bio-psycho-sociale et de la complexité en cours  Test processus et procédures en cours  Documents en cours ajustement  Début de collaboration interprofessionnelle dans les situations suivies  Analyse des possibilités de facturation	Processus de prise en charge interprofessionnel  Guides line procédures et processus  Prestations spécialisées	Assurer l'accompagnement et la continuité des soins.  Prévenir l'apparition des complications.  Diminuer leur impact sur la qualité de vie du patient.

<sup>6</sup> Rapport d'organisation transmis

<sup>7</sup> Le diabète sera intégré dès 2019 dans le PRS mais la transition a déjà commencé à la fin de l'année 2018

<p><b>10. Soins palliatifs</b></p>	<p>Offrir une prise en charge adéquate et cohérente (processus et procédures standardisées entre les institutions) aux personnes en fin de vie dans le Nv.</p>	<p>Tester la détection précoce des patients nécessitant des soins palliatifs</p> <p>Définir critères processus et procédure de prise en charge</p> <p>Implanter la consultation intra-hospitalière</p> <p>Standardiser l'offre régionale (processus et critères de prise en charge)</p>	<p>Faire un état de lieux, identifier les besoins (1ère et 2ème lignes), Définir critères processus et procédure de prise en charge</p> <p>Former les équipes à la détection palliative et implanter la consultation intra-hospitalière</p> <p>Etendre la réflexion à toute la région</p>	<p>Etat des lieux effectué et organisation définie<sup>8</sup>, critères, processus et procédures de prise en charge défini</p> <p>Critères d'orientation pour UT2 (unité stationnaire spécialisée) en cours. Détection palliative en test dans le service de médecine et test de la consultation intra-hospitalière. Extension à d'autres services en cours.</p> <p>Début des travaux régionaux initiés en août</p>	<p>Critères et processus de continuité des soins régionale (fin 2018, en retard)</p> <p>Formations (hôpital fin 2018, dans les temps)</p> <p>Développement de l'offre régionale (mi-2019, dans les temps)</p>	<p>Assurer une continuité des soins et promouvoir la fin de vie à domicile, éviter les hospitalisations inappropriées</p>
<p><b>11. a. Gériatrie intra-hospitalière</b></p>	<p>Prévenir le déclin fonctionnel et maintenir l'autonomie des personnes âgées hospitalisées, offrir des soins de réadaptation précoce, ainsi que promouvoir la continuité des soins dans les transitions</p>	<p>Définir critères, processus, procédures et collaboration avec partenaire eHnv :</p> <p>Tester la détection aux urgences</p> <p>Tester l'évaluation spécialisée intra-hospitalière</p> <p><b>RSBJ :</b> Evaluer la pertinence et la</p>	<p>Faire un état de lieux, identifier les besoins (1ère et 2ème lignes),</p> <p>Poursuite de l'intégration de l'egsa au sein des eHnv et mise en place des processus de détection et d'évaluation</p> <p>Définir les besoins</p>	<p>Etat des lieux effectué et organisation définie<sup>9</sup>, critères, processus et procédures définis</p> <p>Prétest de la détection aux urgences en juin</p> <p>Démission de l'infirmier clinicien en charge de la gériatrie, et certains mandats ont été ajustés afin de poursuivre les tests.</p> <p>Mise en cohérence avec les travaux du RSBJ en cours.</p> <p>Le projet est devenu transverse</p>	<p>Guide line Processus clinique de continuité, interdisciplinaires et interinstitutionnels (juin 2018, dans les temps)</p> <p>Formations (2019, en retard)</p>	<p>Eviter le déclin fonctionnel iatrogène Favoriser le retour à domicile des patients âgés Diminuer les durées d'hospitalisation</p>

<sup>8</sup> Rapport d'organisation transmis

<sup>9</sup> Rapport d'organisation individuel sur la gériatrie intra-hospitalière

		faisabilité des « lits dédiés »	pour les « lits dédiés » (compétences, dotation, ....) et pour les développements de la gériatrie au RSBJ	<p>et intégré la gériatrie d'interface et les perspectives sont :</p> <p>Détection des personnes âgées à risque de survenue d'un évènement de santé défavorables  <u>Plaine</u> : test aux urgences depuis septembre  <u>Ste-Croix</u> : conception, réalisation prévue en 2019</p> <p>Développement cliniques des compétences de 1<sup>ère</sup> ligne auprès de la personne âgée  <u>Plaine</u> : reporté en 2019 car priorités sur la détection  <u>RSBJ</u> : déploiement, tous les collaborateurs formés</p> <p>Evaluation gériatrique spécialisée  Conception commune (Plaine et RSBJ) en cours pour définir les évaluations spécialisées.</p>			Etude de faisabilité des « lits dédiés » (fin 2018, délais à revoir)
--	--	---------------------------------	---	--	--	--	--

<p><b>11. b.Gériatrie interface</b></p>	<p>Prévenir le déclin fonctionnel et maintenir l'autonomie des personnes âgées du Nord vaudois, soutenir les professionnels de première ligne et assurer un suivi spécialisé à la clientèle âgée et fragilisée</p>	<p>Recruter et intégrer l'infirmière spécialisée et implantation du rôle infirmier</p> <p>Poursuivre les travaux engagés et écriture des processus et procédures</p> <p>Identifier les besoins d'améliorations dans les interfaces</p>	<p>Faire un état des lieux de l'activité actuelle, identifier les besoins d'amélioration (compétences, formation, processus,..) et développer les processus de continuité interinstitutionnels et interprofessionnels</p>	<p>Infirmière spécialisée engagée en mai et intégrée dans les travaux de la gériatrie transverse</p> <p>GT rôle infirmier autonome : suspendu, sera repris en 2019</p> <p>Projet clinique IUFRS terminé, recommandations définies</p>	<p>Guide line Processus clinique de continuité, interdisciplinaire et interinstitutionnel (fin 2018, en retard)</p> <p>Prestations spécialisées offertes (septembre 2018, en retard)</p>	<p>Identification plus rapide des populations vulnérables et orientation dans le système</p> <p>Eviter le recours aux urgences</p>
<p><b>12. Réadaptation</b></p>	<p>Anticiper et organiser une prise en charge efficiente des personnes âgées, en ambulatoire sur le lieu de vie, lors d'opérations électives et étendre les réflexions à la réadaptation dans les lieux de vie</p>	<p>Faire un état des lieux</p> <p>Définir organisation</p> <p>Définir critères, processus, procédures régionales</p> <p>Faire un état des lieux des besoins de réadaptation sur les lieux de vie</p>	<p>Critères</p> <p>Processus cliniques</p> <p>Collaboration interinstitutionnelle</p>	<p>Etat des lieux réalisés, organisation définie<sup>10</sup>.</p> <p>Rencontre avec les différents partenaires pour choix de variantes.</p> <p>Regroupement du projet avec le projet RAAC</p> <p>Processus et procédures établis à tester</p> <p>GT communication pour l'éducation thérapeutique et la gestion de la réadaptation en cours (brochure ou support informatique)</p> <p>Mise au budget 2019 du poste de coordinateur RRAC</p>	<p>Mise en œuvre itinéraires cliniques et processus interinstitutionnels et interdisciplinaires (mi-2018, en retard-reporté fin 2018)</p> <p>Etat des lieux des besoins sur les lieux de vie (fin 2018, en retard)</p>	<p>Raccourcir les hospitalisations tout en évitant les réhospitalisations évitables et les consultations en urgence</p>

<sup>10</sup> Rapport d'organisation transmis

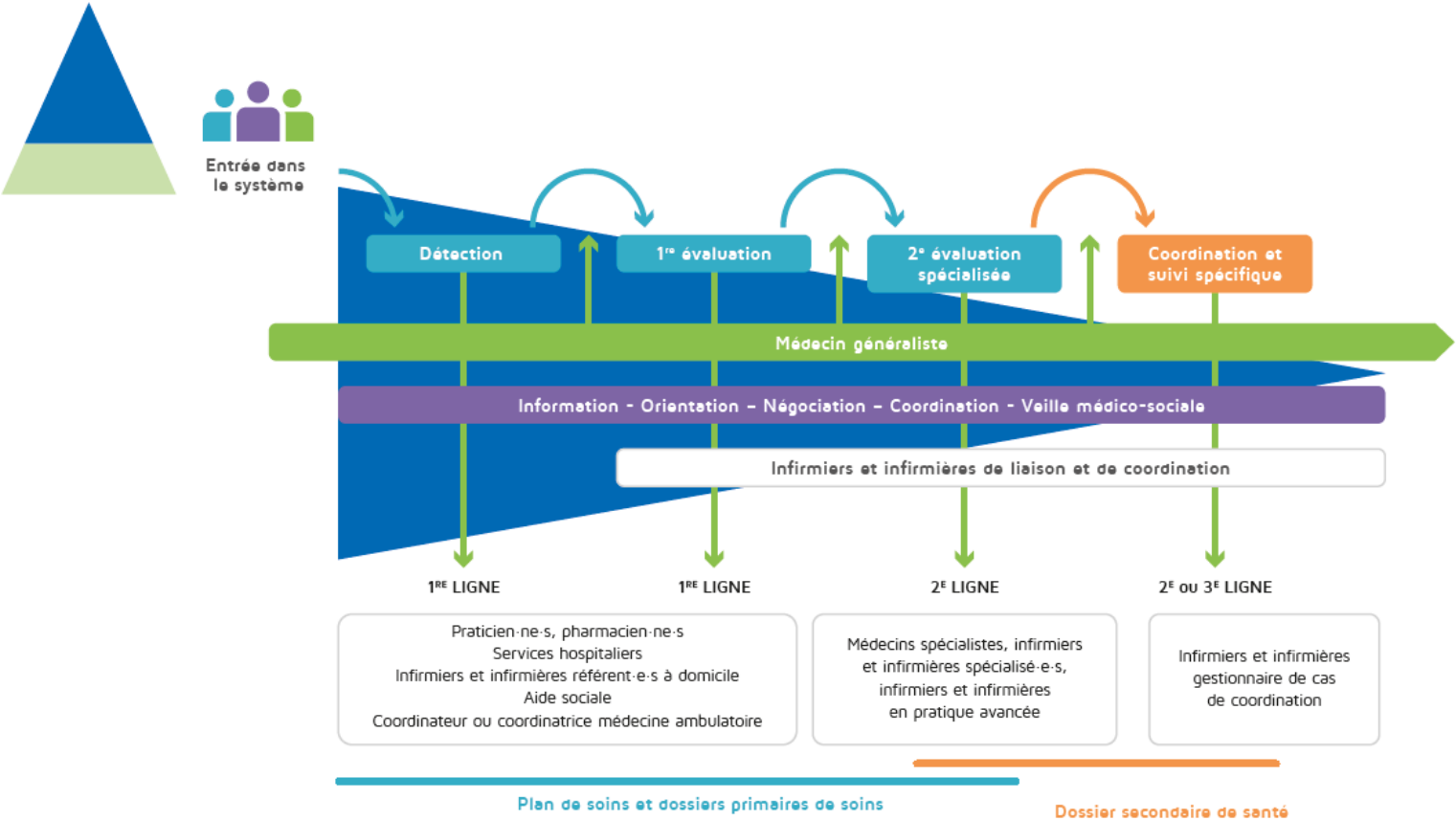
<b>13. Gestion de cas de coordination</b>	Offrir une prise en charge adéquate aux patients complexes	Recruter, intégrer et former l'infirmière de gestion de cas	Définir les critères, les compétences et les processus de collaboration interinstitutionnelle, développer et implanter cette fonction	Etat des lieux effectué et organisation définie <sup>11</sup> Engagement infirmière de gestion de cas en avril Critères, processus et procédures validés à tester Constitution d'un comité clinique Dossier patient et dossier de suivi créé Collaboration avec le CMS débutée Région Cossonay délimitée comme zone pilote pour test en 2019	Critères Processus clinique de continuité 2018 dans les temps) Prestations (2019, dans les temps)	Renforcer le maintien à domicile Retarder le déclin fonctionnel Eviter des hospitalisations
---	--	---	---	--	---	---

---

<sup>11</sup> Rapport d'organisation transmis

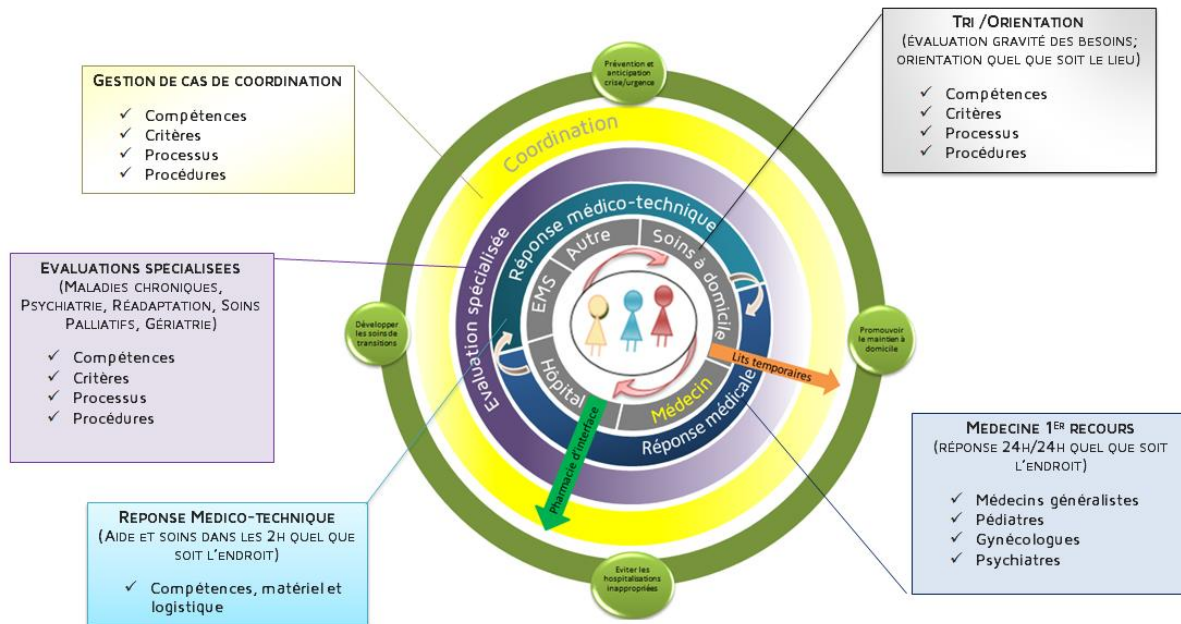


Annexe 1 : Processus cliniques communs

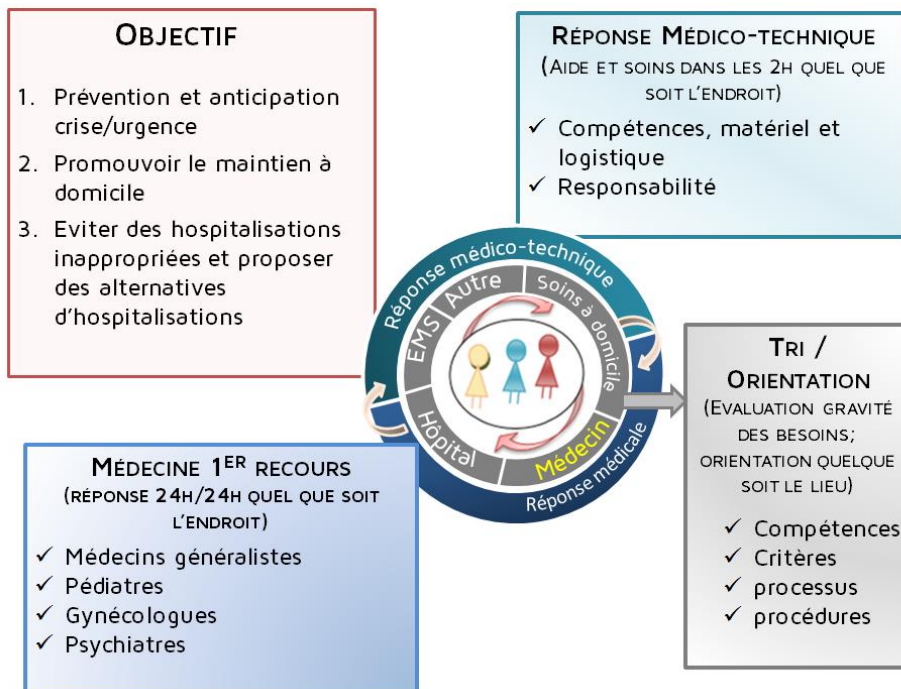


## Annexe 2

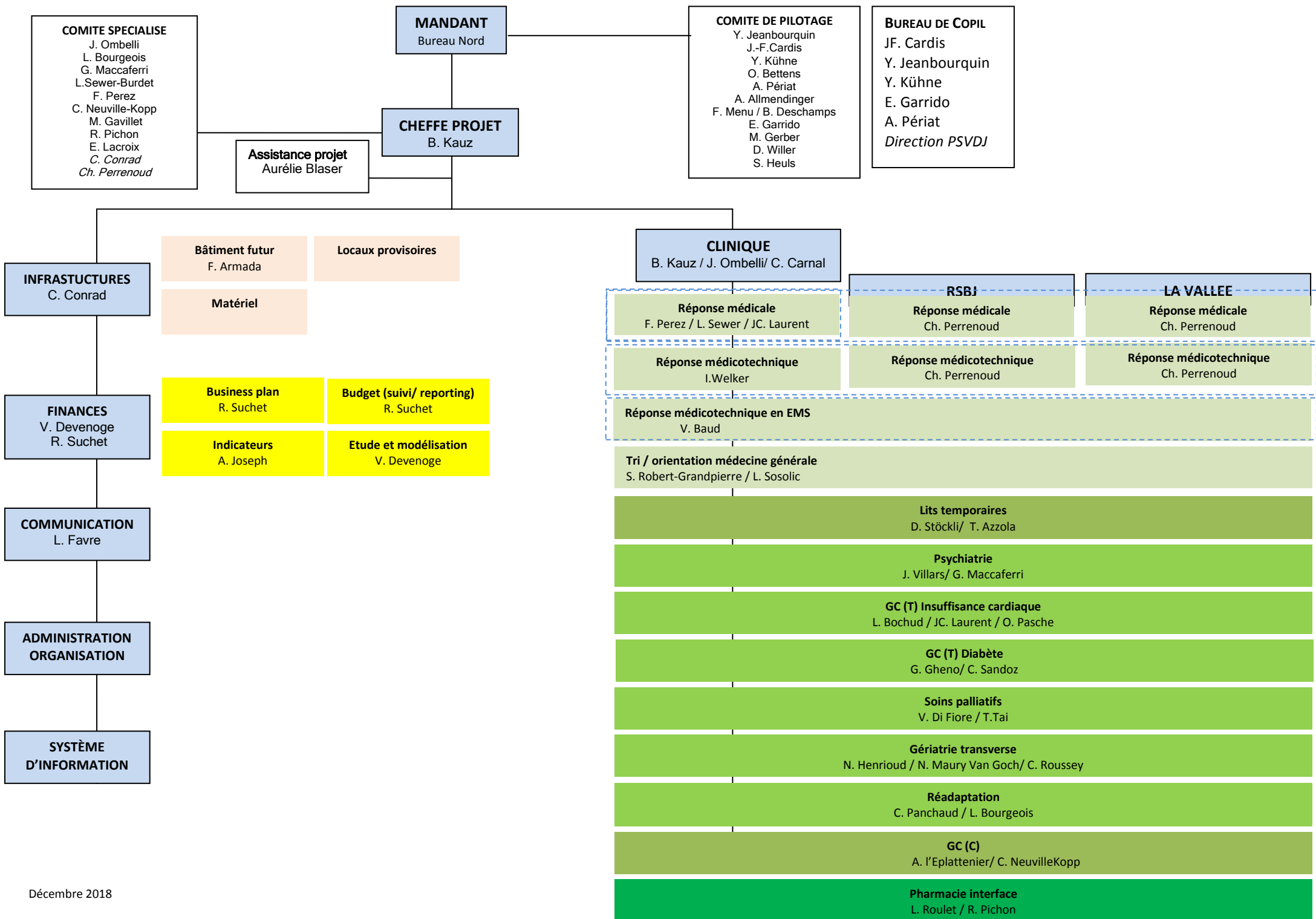
### a) Travaux à réaliser pour une intégration régionale des soins et une prise en charge globale de la population (projet Pôle Régional Santé)



### b) Travaux à réaliser dans le cadre du cahier des charges de la réponse à l'urgence



**Annexe 3 : Organigramme 2018 (décembre)**





Réseau Santé  
NORD BROYE



# Annexe 4 au rapport d'activité - indicateurs d'activité

## Permanence Pôle Régional Santé

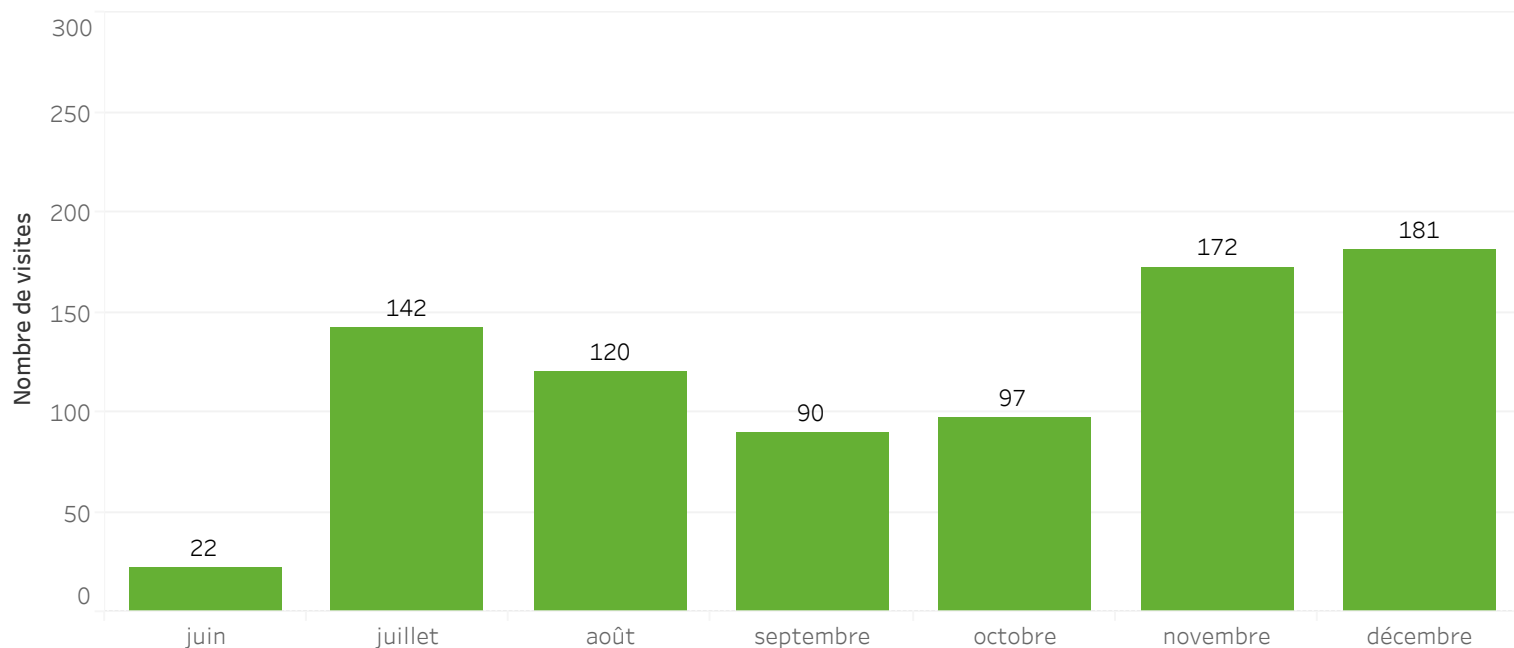
# 2018

Yverdon-les-Bains, le 19.03.2019

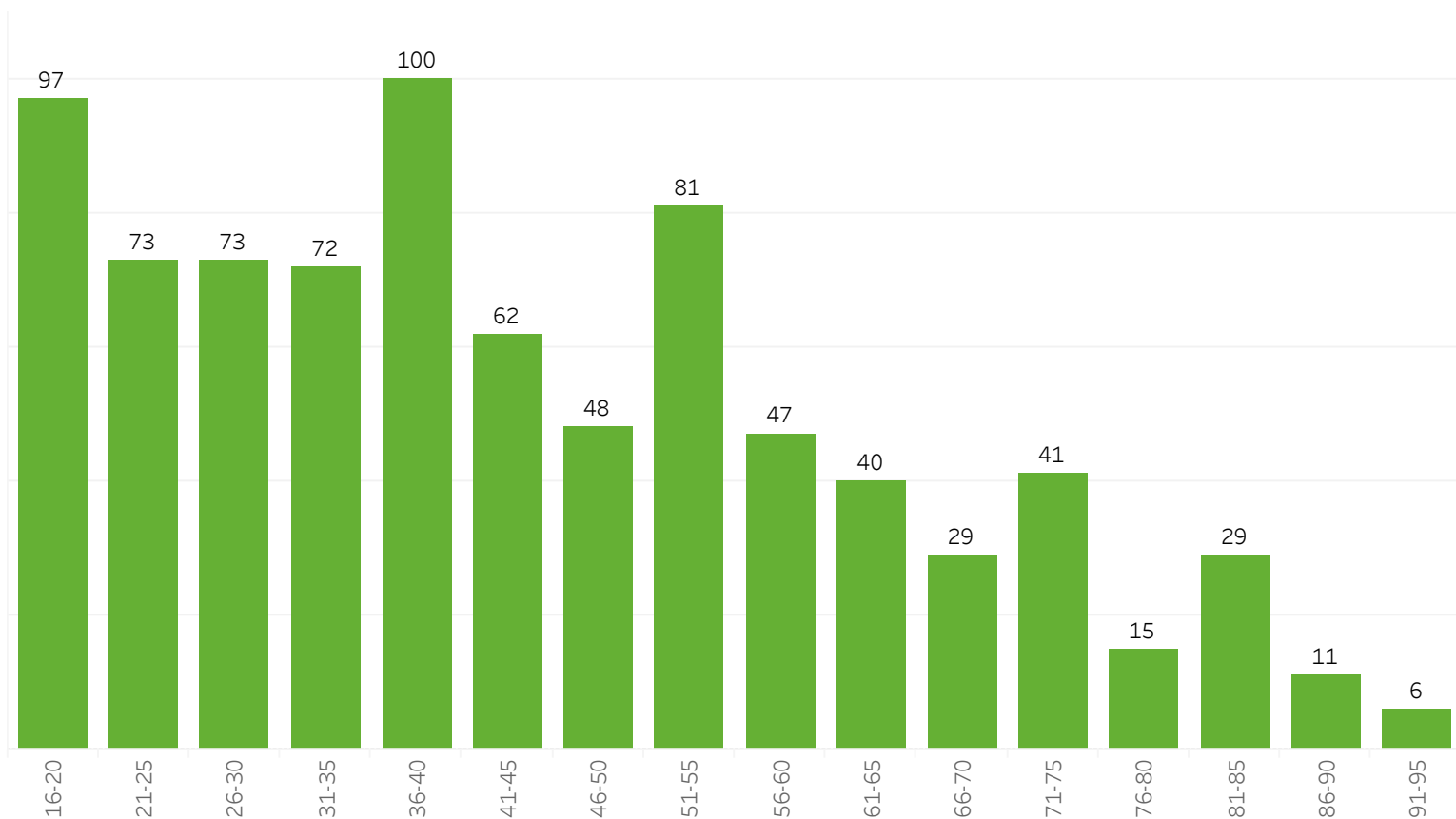
## Indicateurs Permanence PRS janvier à décembre 2018

Nombre de visites accueillies aux Urgences d'Yverdon en 2018 : 22232, dont 824 à la permanence PRS

Nombre de visites par mois à la permanence PRS

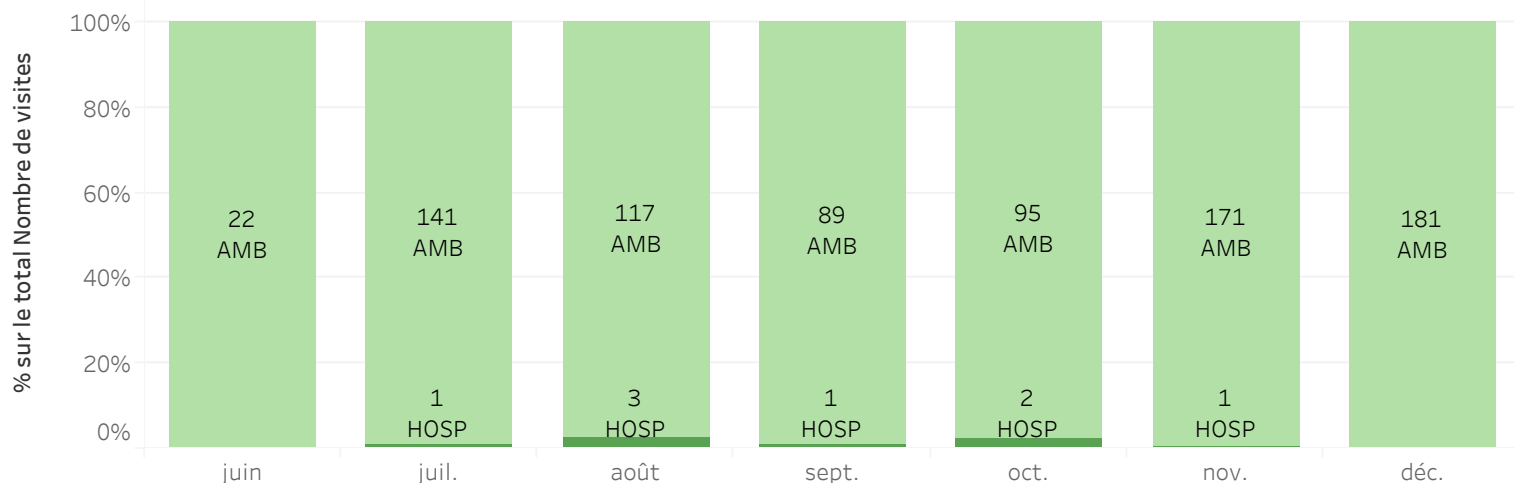


Nombre de visites par tranche d'âge à la Permanence PRS



## Indicateurs Permanence PRS janvier à décembre 2018

### Nombre d'hospitalisation après permanence PRS



### Nombre d'heures d'ouverture de la permanence PRS par mois

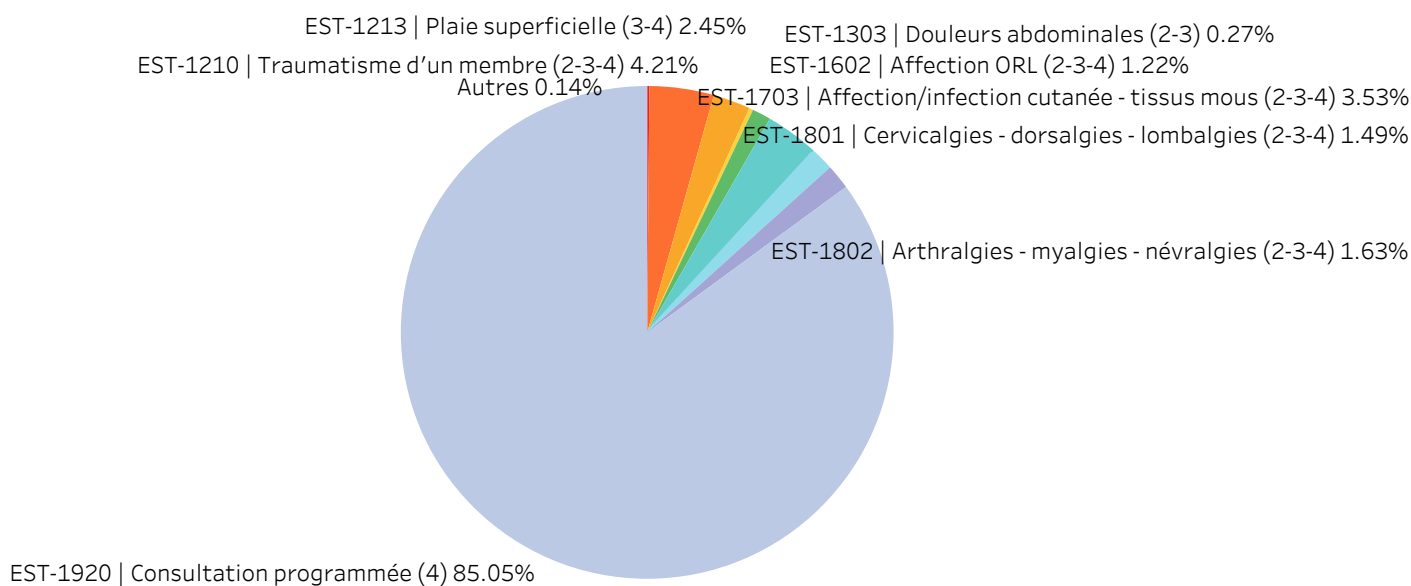
	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre
Heures d'ouvertures	60.0	180.0	180.0	160.0	180.0	180.0	170.0

### Destination à la sortie de la permanence PRS

#### Mode sortie complet (Dési)

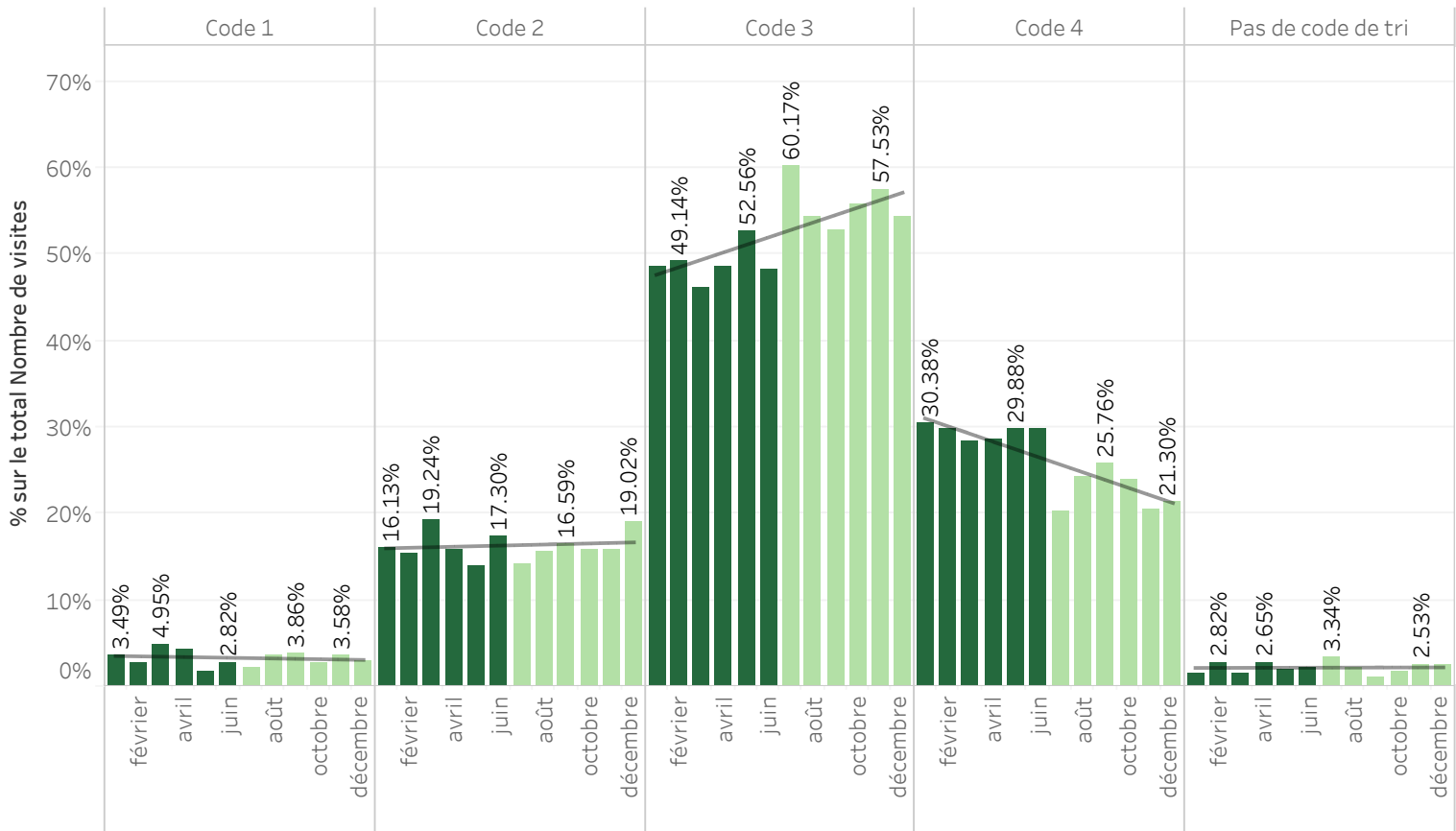
DOMICILE	816
INITIATIVE DU TRAITANT (MED.HOP)	5
TRANSFERT ETAB. PSY	1
TRANSFERT ETABL B	2

### Top 10 des motifs de visite par code de tri à la permanence PRS

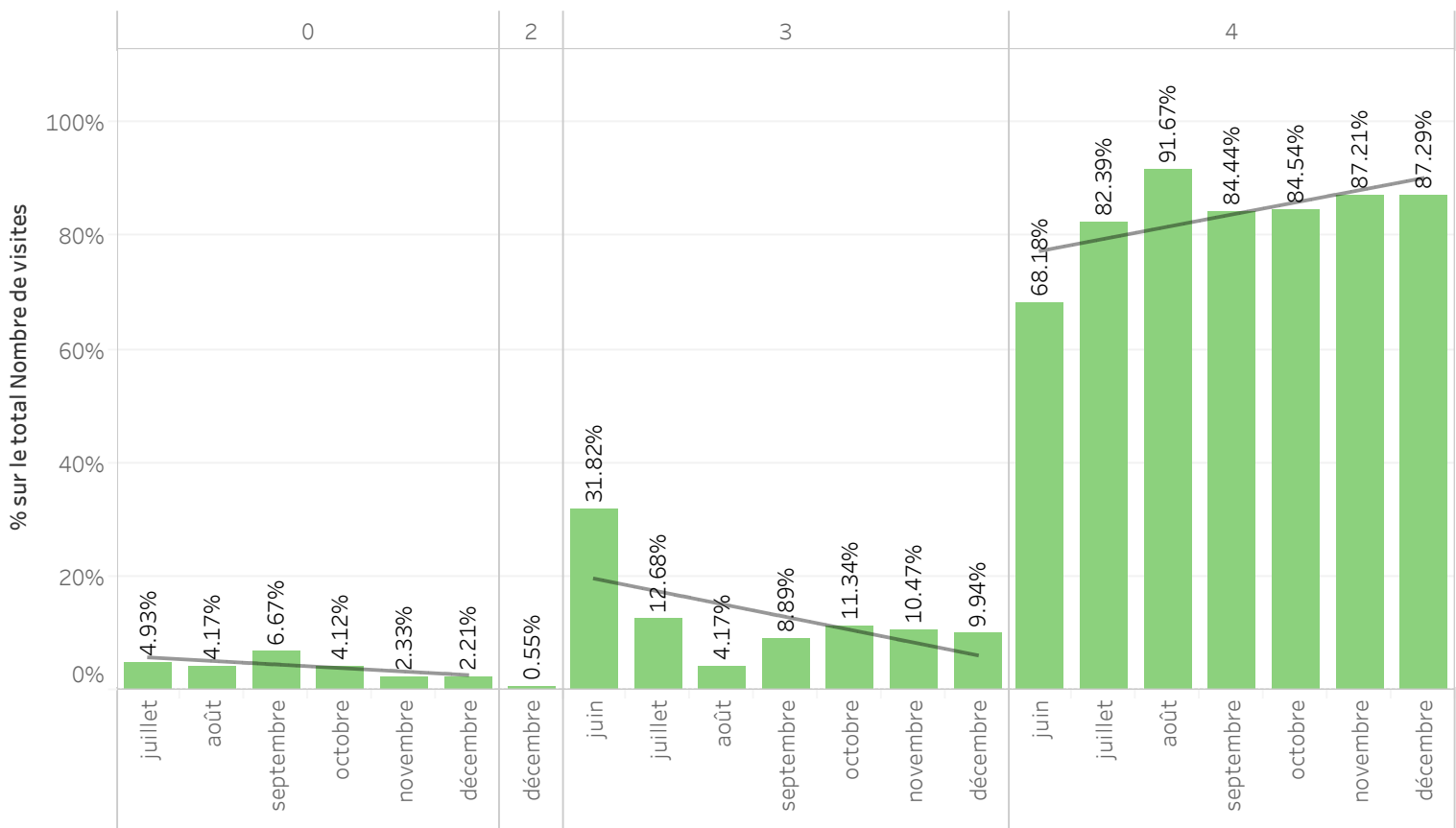


## Indicateurs Permanence PRS janvier à décembre 2018

### Visite par code de tri aux URG (relatif) durant les horaires d'ouverture de la Permanence PRS



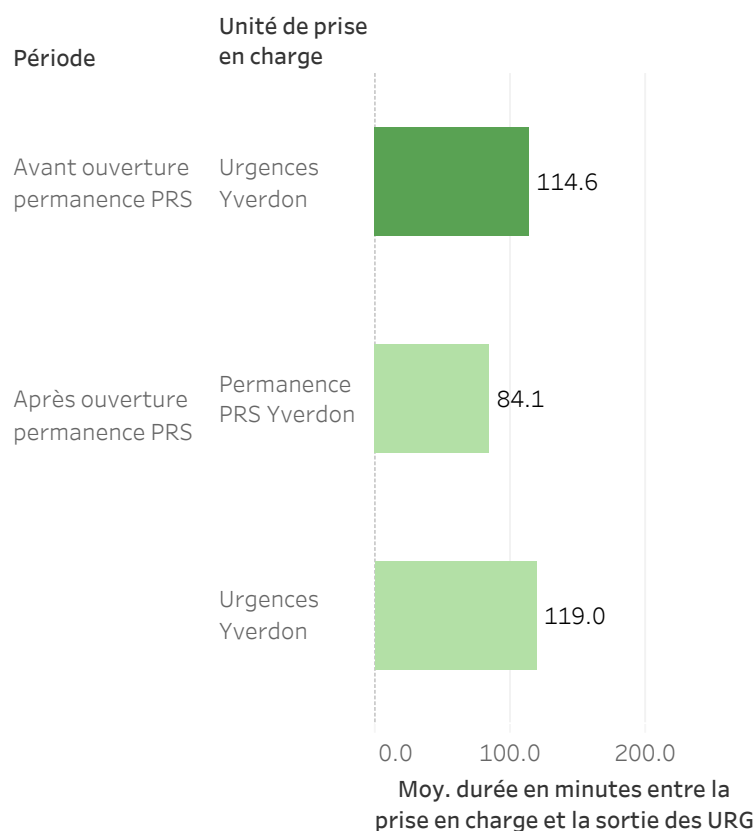
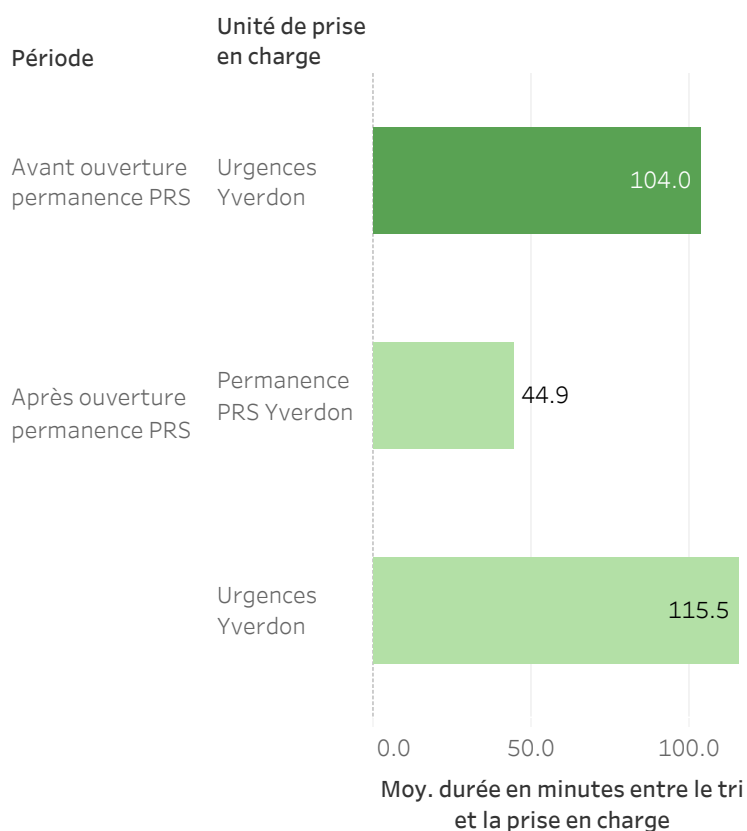
### Visite par code de tri à la Permanence PRS (relatif)



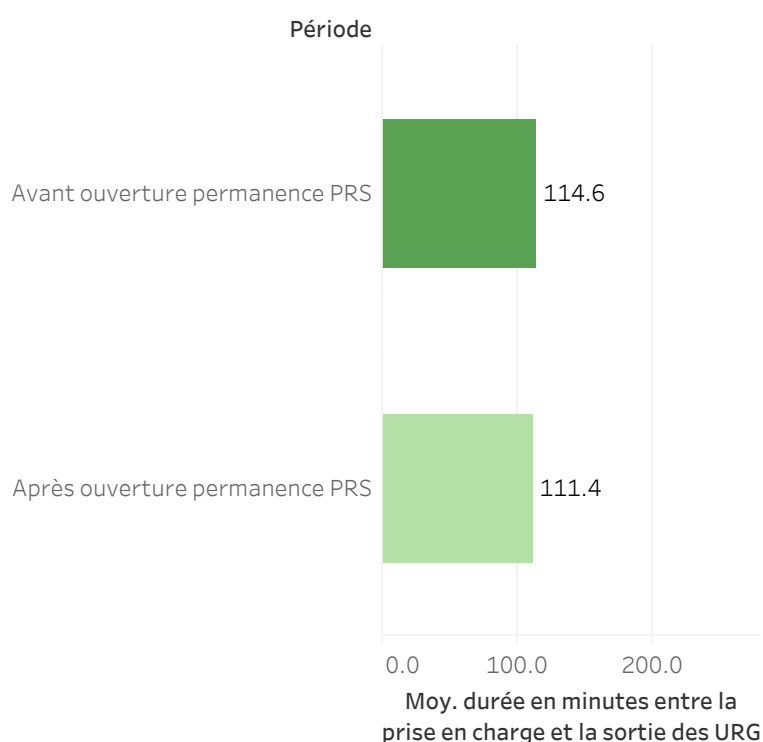
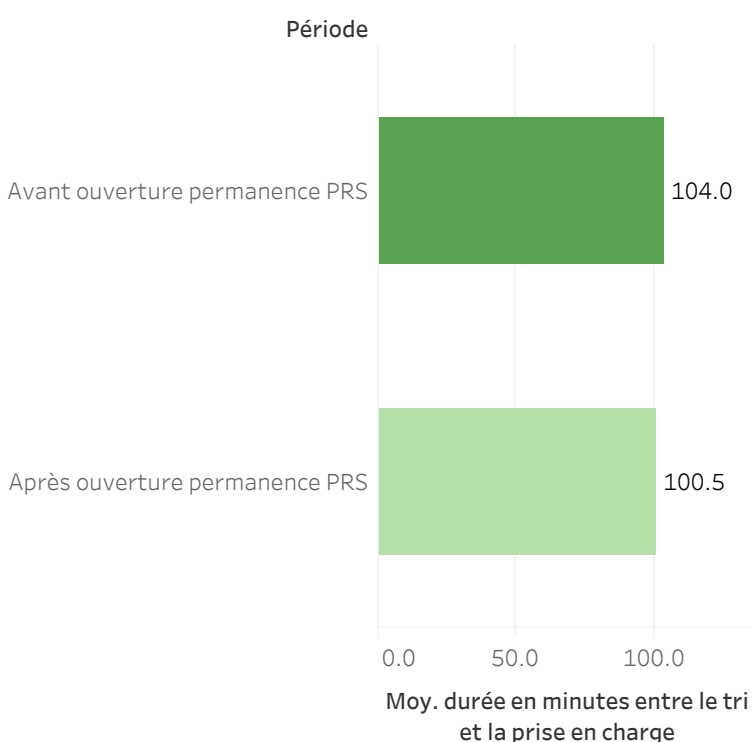


## Indicateurs Permanence PRS

Codes EST 3 et 4, pris en charge durant les jours et heures d'ouverture actuels de la permanence PRS (par unité de prise en charge)



Codes EST 3 et 4, pris en charge durant les jours et heures d'ouverture actuels de la permanence PRS (sans l'unité de prise en charge)





Réseau Santé  
NORD BROYE



# Annexe 4 au rapport d'activité - indicateurs d'activité

## Autres activés PRS

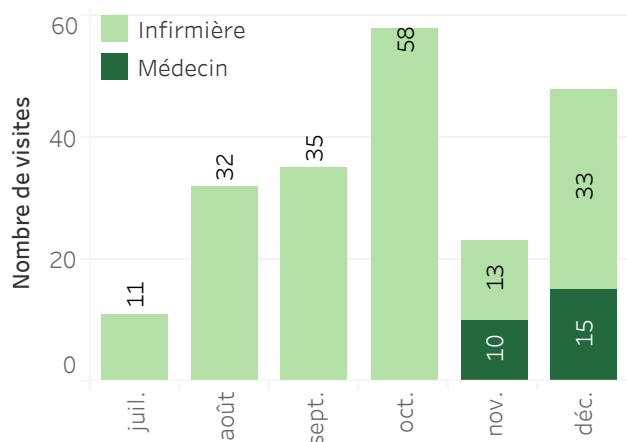
# 2018

Yverdon-les-Bains, le 20.03.2019

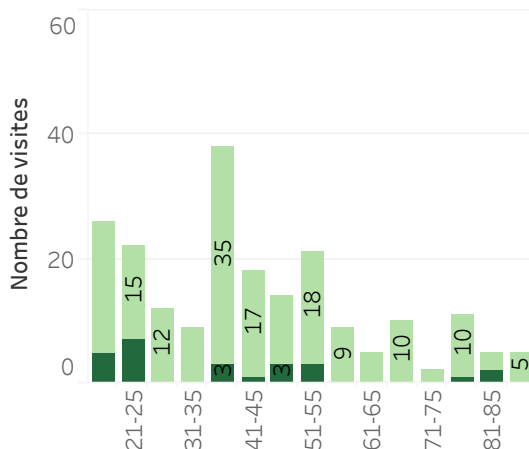
# Autres indicateurs PRS - Psychiatrie

Psychiatrie PRS Janvier à Décembre 2018

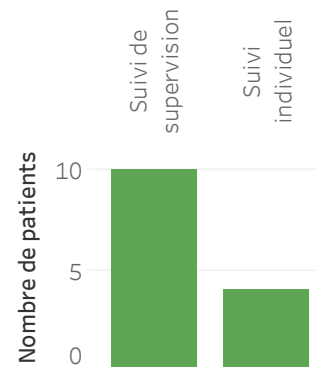
Nombre de consultations par mois



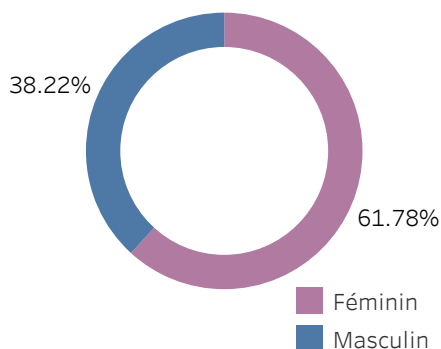
Nombre de visites par tranche d'âge



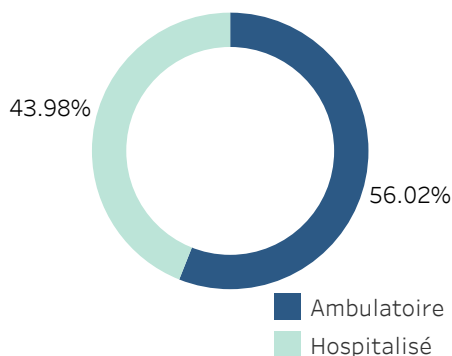
Activité individuelle /supervision des médecins



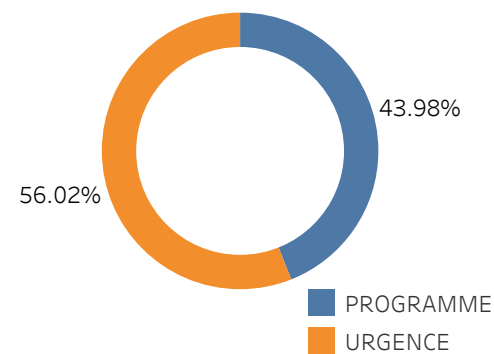
Visites par sexe



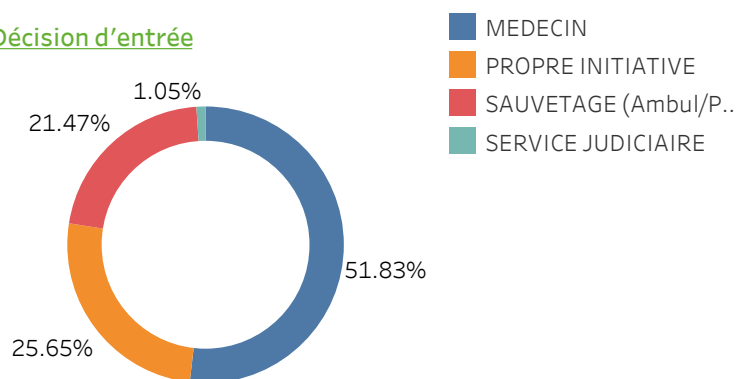
Visites par type d'admission



Visites par mode d'entrée



Décision d'entrée

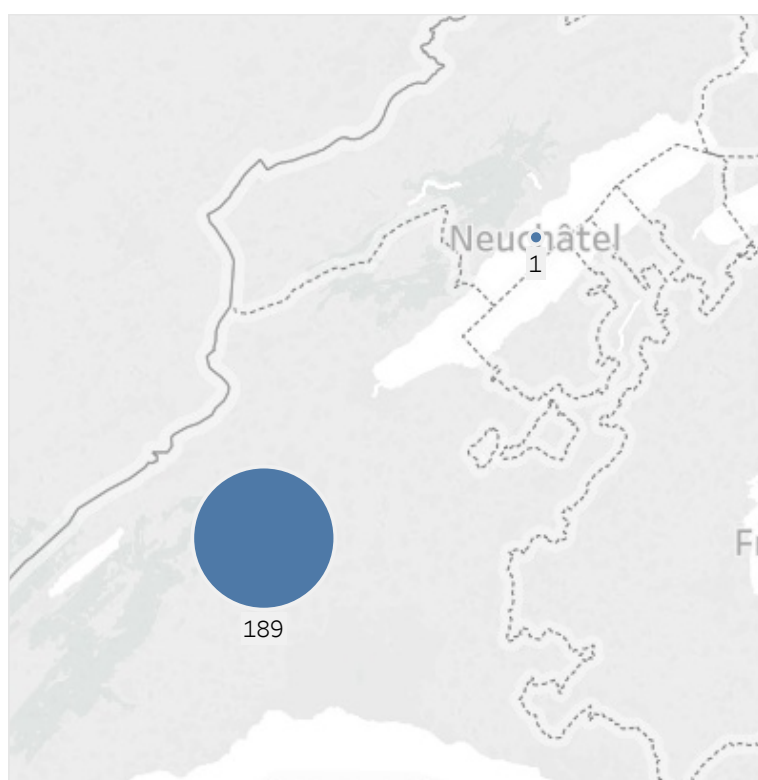


Destination à la sortie

Mode sortie complet (Dési)

DECES	1
DOMICILE	52
INITIATIVE DU TRAITANT (MED.H..	25
TRANSFERT ETAB. PSY	24
TRANSFERT ETABL A	3
TRANSFERT ETABL B	9
TRANSFERT ETABL C	1
TRANSFERT ETABL NON CONV.	1

Patients par canton principaux



## Autres indicateurs PRS - Insuffisance cardiaque

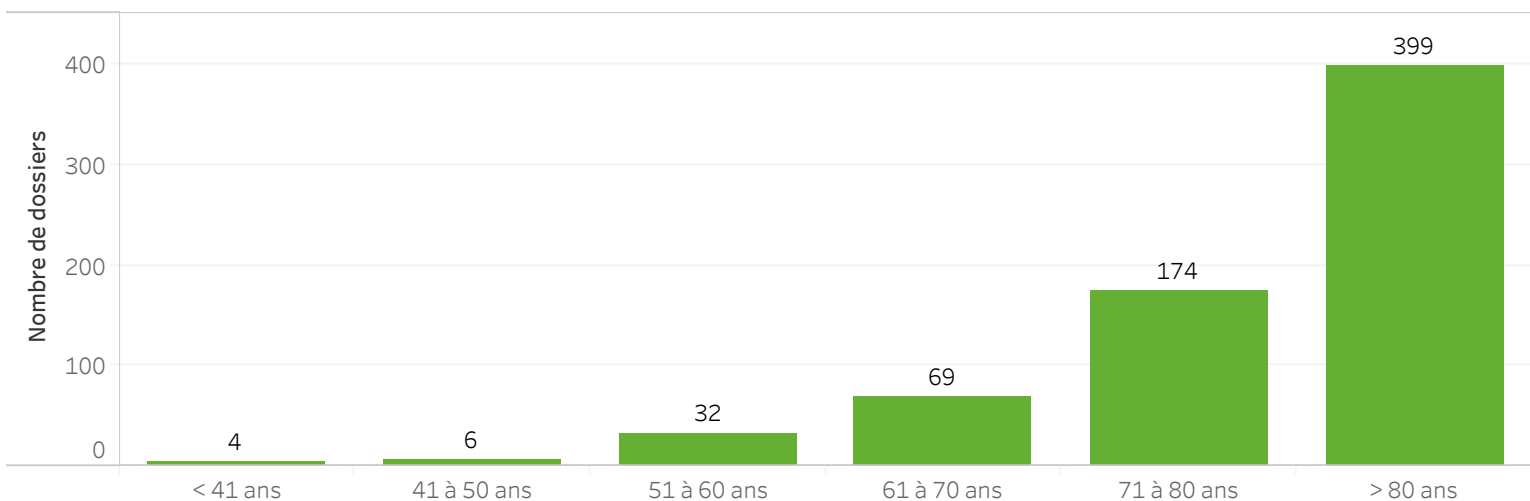
## Nombre de dossiers et DMS

Diagnostic (Code)	Diagnostic (Dési)	Mission (Dési)	
		Nb dossiers A	DMS DRG facturé A
I50.9	Insuffisance cardiaque, sans précision	57	9
I50.01	Insuffisance ventriculaire droite secondaire	410	11
I50.11	Insuffisance ventriculaire gauche: Sans symptôme	7	7
I50.12	Insuffisance ventriculaire gauche: Avec symptôme en cas d'effort important	43	10
I50.13	Insuffisance ventriculaire gauche: Avec symptôme en cas d'effort léger	91	11
I50.14	Insuffisance ventriculaire gauche: Avec symptôme au repos	206	9
I50.19	Insuffisance ventriculaire gauche: Non précisée	96	8
<b>Total général</b>		<b>684</b>	<b>10</b>

## Nombre de dossiers par mode de sortie - décès + destination

Diagnostic (Code)	DECES	INITIATIVE DU PATIENT	INITIATIVE DU TRAITANT (MED.HOP)	TRANSFERT ETABL A	TRANSFERT ETABL B	TRANSFERT ETABL C	Total général
I50.9	4		32	5	11	5	57
I50.01	37	1	203	20	118	31	410
I50.11			4	1	1	1	7
I50.12	2		18	5	15	3	43
I50.13	7	1	50	5	22	6	91
I50.14	17		113	15	50	11	206
I50.19	7		46	10	26	7	96
<b>Total général</b>	<b>56</b>	<b>1</b>	<b>344</b>	<b>52</b>	<b>180</b>	<b>51</b>	<b>684</b>

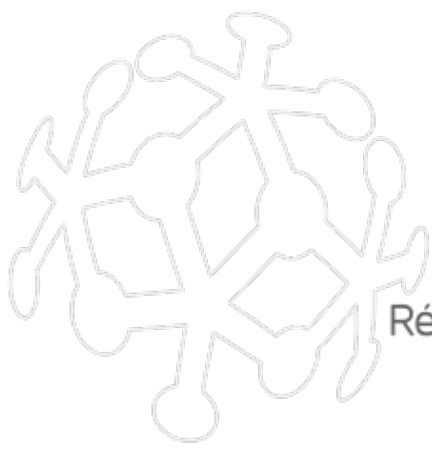
## Âge moyen



## Autres indicateurs PRS - Soins palliatifs

### Nombre de décès aux EHNV

Service (Dési)	Date du décès		
	2016	2017	2018
Cèdre Chamblon	2	4	
CHIR-MED La Vallée	16	22	11
Chirurgie Gen/Ortho St-Loup			1
Chirurgie générale Yverdon	6	8	7
Chirurgie orthopédique Yverdon	8	4	3
Frêne Chamblon	1	2	
Germond 1 St-Loup	31	35	1
Germond 2 St-Loup	17	25	2
Hêtre Chamblon	1	1	1
HN1 St-Loup	3	3	
Médecine St-Loup			40
Médecine Yverdon	81	72	105
Soins intensifs Saint-Loup	14	9	5
Soins intensifs St-Loup		1	
Soins intensifs Yverdon	19	21	18
Urgences La Vallée	2	2	
Urgences St-Loup	2	3	1
Urgences Yverdon	7	7	7
UTR1 Orbe	2	2	1
UTR2 Orbe	1	3	
<b>Total général</b>	<b>213</b>	<b>224</b>	<b>203</b>



Réseau Santé  
NORD BROYE



# Annexe 4 au rapport d'activité - indicateurs d'activité

# Patients de 75 ans et plus

# 2018

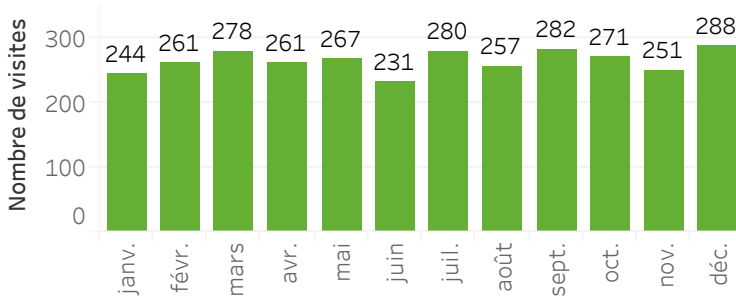
Yverdon-les-Bains, le 20.03.2019

# Indicateurs Urgences - Patients de 75 ans et plus

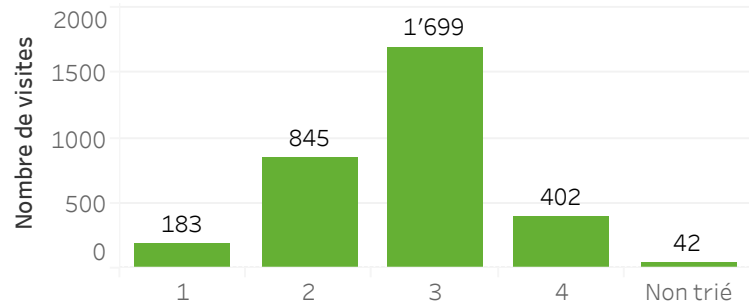
3'171 visites réalisées

de Janvier à Décembre 2018 dans le service Urgences Yverdon

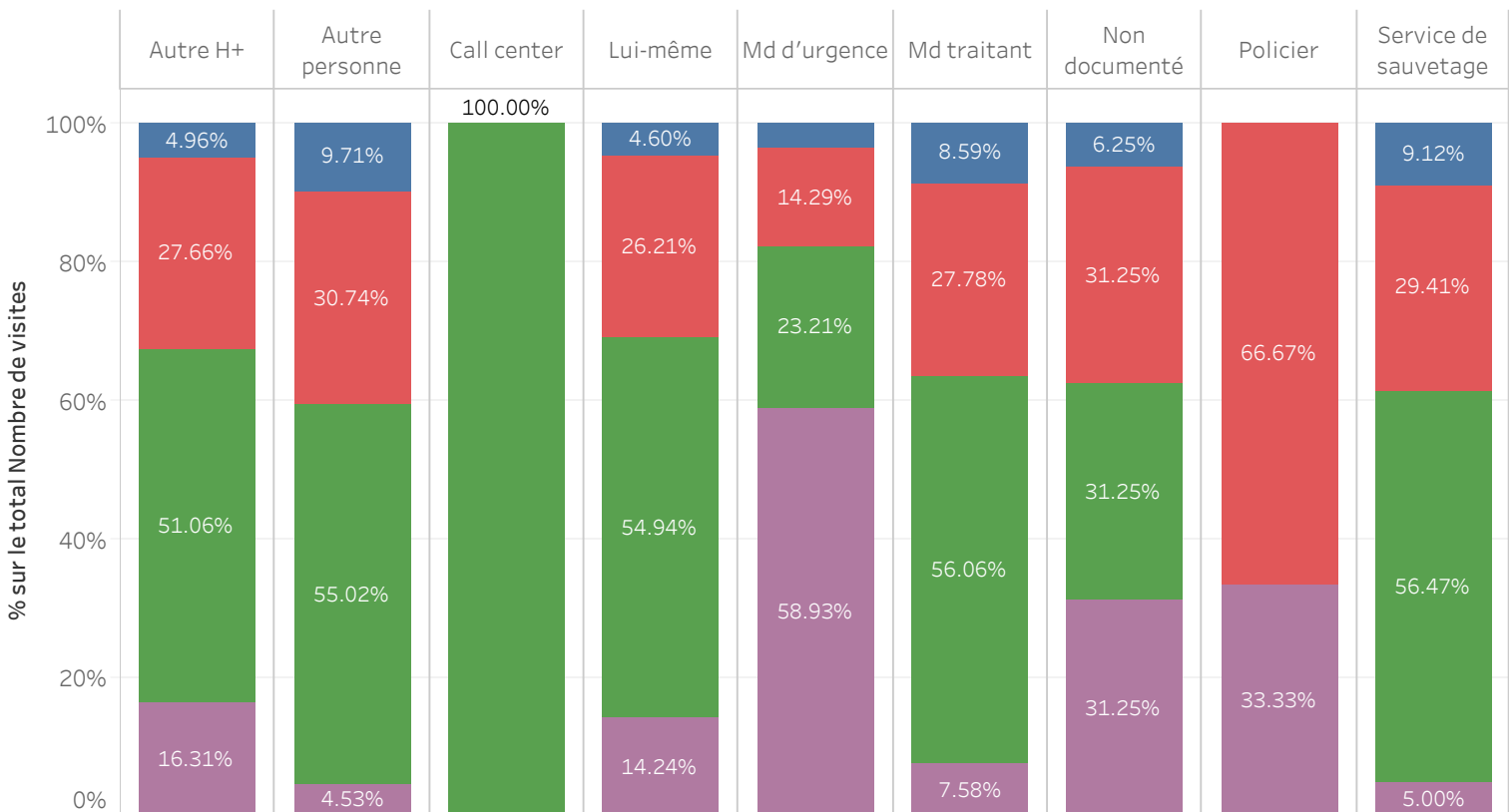
Nombre de visites par mois



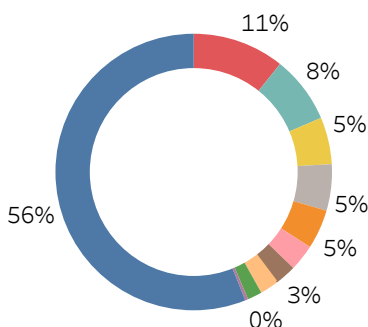
Nombre de visites par code de tri



Mode d'entrée et code de tri



Top 10 des motifs de visite

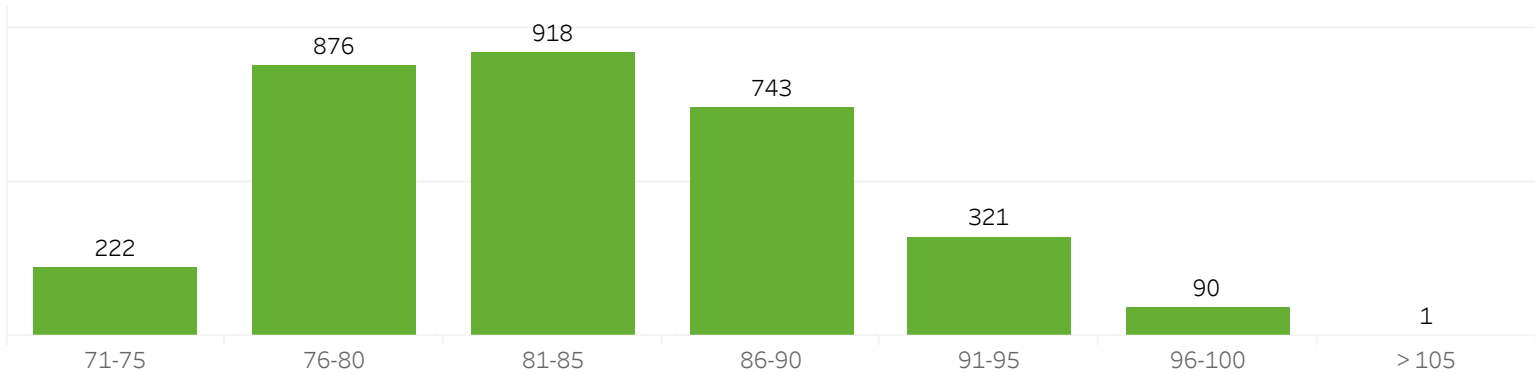


- EST-1008 | Dyspnée - tachypnée - bradypnée - désaturation (1-2-3)
- EST-1210 | Traumatisme d'un membre (2-3-4)
- EST-1303 | Douleurs abdominales (2-3)
- EST-1920 | Consultation programmée (4)
- EST-1002 | Douleur thoracique (1-2)
- EST-1703 | Affection/infection cutanée - tissus mous (2-3-4)
- EST-1802 | Arthralgies - myalgies - névralgies (2-3-4)
- EST-1801 | Cervicalgies - dorsalgies - lombalgies (2-3-4)
- EST-1213 | Plaie superficielle (3-4)
- EST-1602 | Affection ORL (2-3-4)
- Autres

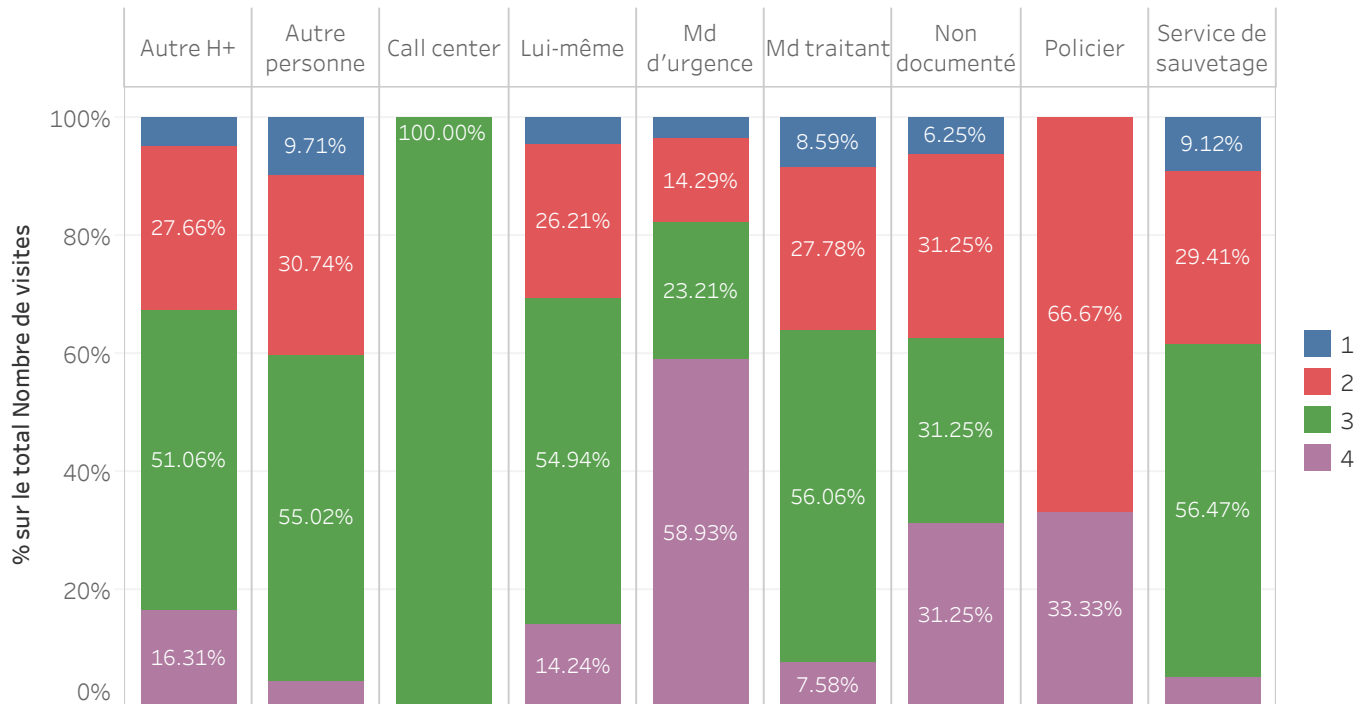
# Indicateurs Urgences - Patients de 75 ans et plus

Urgences Yverdon - Janvier à Décembre 2018

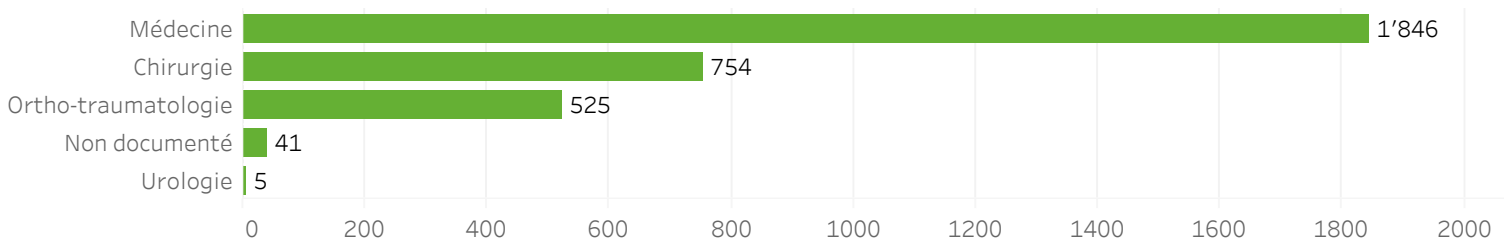
## Nombre de visites par tranche d'âge



## Mode d'entrée et code de tri



## Nombre de visites par spécialité

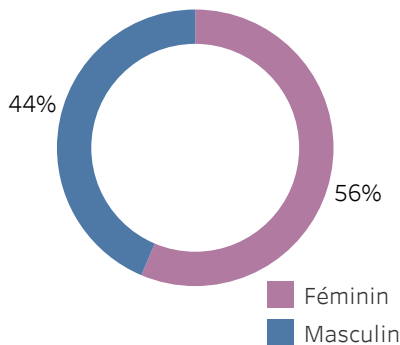




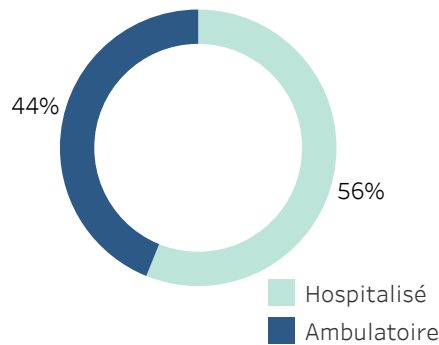
# Indicateurs Urgences - Patients de 75 ans et plus

Urgences Yverdon - Janvier à Décembre 2018

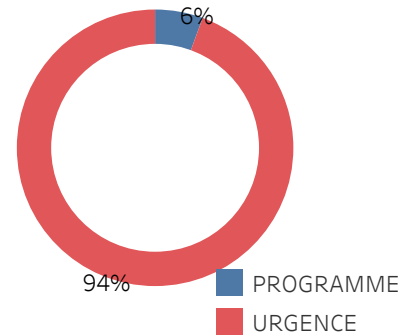
## Visites par sexe



## Visites par type d'admission



## Visites par mode d'entrée



## Destination à la sortie

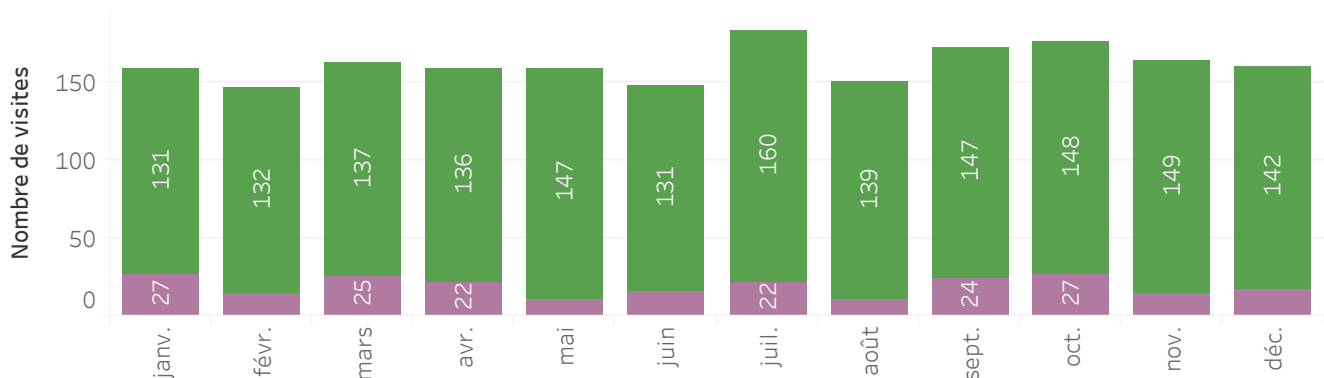
### Mode sortie complet (Dési)

DECES	93
DOMICILE	1'379
INITIATIVE DU PATIENT	4
INITIATIVE DU TRAITANT (MED.H..)	936
TRANSFERT ETAB. PSY	22
TRANSFERT ETABL A	109
TRANSFERT ETABL B	523
TRANSFERT ETABL C	105

### Code tri..



### Nombre de visites par mois EST-3 et 4 sans consultations programmées



Code tri adulte	janv.	févr.	mars	avr.	mai	juin	juil.	août	sept.	oct.	nov.	déc.	Total général
3	131	132	137	136	147	131	160	139	147	148	149	142	1'699
4	27	14	25	22	11	16	22	11	24	27	14	17	230
<b>Total général</b>	<b>158</b>	<b>146</b>	<b>162</b>	<b>158</b>	<b>158</b>	<b>147</b>	<b>182</b>	<b>150</b>	<b>171</b>	<b>175</b>	<b>163</b>	<b>159</b>	<b>1'929</b>

### Nombre de prestations de physiothérapie (évaluation et traitement)

Prestation (Dési)	janv.	févr.	mars	avr.	mai	juin	juil.	août	sept.	oct.	nov.	déc.	Total..
009 - 1ère évaluation gériatrique	44	45	49	45	64	42	54	44	52	55	54	58	606
009 - 2ème évaluation gériatrique		4	6	3	14	5	7	6	8	2	1		56
<b>Total général</b>	<b>44</b>	<b>49</b>	<b>55</b>	<b>48</b>	<b>78</b>	<b>47</b>	<b>61</b>	<b>50</b>	<b>60</b>	<b>57</b>	<b>55</b>	<b>58</b>	<b>662</b>

Annexe 4.5 Tableau indicateurs cliniques par lots de travail

	Date de début test	Nombre de cas détectés 2018	Nombre de patients suivis et consultations 2018	âge moyen	Divers – autres indicateurs	Facturation
<b>7. Psychiatrie</b>	Infirmière mi-juillet (engagement)  CDC novembre (engagement)	120 patients détectés  dont 94 aux urgences, soins intensifs ou pour un suivi ambulatoire	182 consultations totales (urgences, soins intensifs et suivi ambulatoires)  20 patients suivis en ambulatoire 87 consultations 10 rdv manqués  35 consultations	37.5 ans (n=20)	3 suivis encore cours fin 2018	Oui
<b>8. GCT Insuffisance cardiaque</b>	Début mai test itinéraire clinique	19 patients détectés	19 patients suivis 40 visites à domicile	83.1 ans (n=19)	Score Charlson moyen : 76.35  Score MNA moyen : 9.47	Non <i>Prévu en 2019 en intra-hospitalier (eHnv) et à domicile (ASPMAD)</i>
<b>10. Soins palliatifs</b>	Début Juin test détection + consultation intra-hospitalière	89 patients détectés en situation palliative	<u>Parmi les 89 patients</u> 57 patients ont bénéficié d'une consultation intra-hospitalière  16 patients ont bénéficié d'un suivi intra-hospitalier par l'infirmière spécialisée  16 n'ont bénéficié d'aucune consultation (décès/refus...)	72.3 ans (n=89)	<u>Parmi les 89 patients</u> 19 décès dans le service <sup>1</sup> Parmi les 19 décès, 2 ont bénéficié de l'intervention de l'EMSP sur le site d'Yverdon  39 patients ont bénéficié de l'intervention d'une ligne spécialisée (EMSP/UT2)	Non <i>prestation (consultation) comprise dans le forfait hospitalier</i>

<sup>1</sup> 105 décès total dans le service de médecine sur le site d'Yverdon-les-Bains en 2018



## Annexe 5 : Ressources humaines 2018

<b>Ressources humaines PRS-2018 (au budget)</b>			
	<b>EPT - Taux</b>	<b>Date de début</b>	<b>Employeur</b>
<b>Gestion de projet</b>			
Chef de projet	0.80	<b>01.01.18</b>	RSNB
Assistant de projet	0.50	<b>01.01.18</b>	RSNB
A engager travaux financiers	0.30	<b>01.01.18</b>	eHnv
<b>Pour conduite réalisation RSBJ</b>			
Infirmier clinicien (30%)	0.30	<b>01.01.18</b>	RSBJ
Médecin (10%)	0.10	<b>01.01.18</b>	RSBJ
<b>eHnv</b>			
clinicien spécialisé	0.20	<b>01.01.18 au 31.08.18</b>	eHnv
infirmier spécialisé	0.20	<b>01.01.18</b>	eHnv
<b>Intervenants externes</b>			
Médecins experts	0.10	<b>01.01.18</b>	Indépendants
<b>Clinique</b>			
<b>Clinique PRS</b>			
Chef de clinique extensiviste	1.00	<b>01.01.18</b>	eHnv
Gestion des maladies chroniques insuffisance cardiaque	0.40	<b>01.01.18 au 30.06.18</b>	RSNB
	1.00	<b>01.07.18 au 31.12.18</b>	
Infirmier du BRIO aux urgences / développements LT	0.80	<b>01.01.18</b>	RSNB
Gestionnaire de cas (coordination collective)	0.80	<b>01.04.18</b>	RSNB
Infirmier psychiatrie de liaison	1.00	<b>15.07.18</b>	SPN-CHUV
Chef de clinique psychiatrie de liaison	0.50	<b>01.11.18</b>	SPN-CHUV
Chargé projet réponse médico-technique	0.20	<b>01.04.18</b>	ASPMAD
<b>Clinique gériatrie</b>			
Infirmier gériatre ambulatoire	0.80	<b>01.05.18 au 31.08.18</b>	RSNB
	0.40	<b>01.09.18</b>	
Coordination médicale RSBJ	0.20	<b>01.01.18</b>	RSBJ
Chef de clinique (gériatrie)		<b>Non attribué</b>	
Consultant ASPMAD	0.20	<b>01.01.18 au 30.06.18</b>	ASPMAD
Infirmier clinicien spécialisé	0.80	<b>01.01.18 au 31.08.18</b>	eHnv
Infirmier clinicien	0.20	<b>01.01.18</b>	RSBJ
Infirmier clinicien_eHnv	0.10	<b>01.09.18</b>	eHnv
<b>Clinique gériatrie-autre</b>			
Physiothérapeute	0.50	<b>01.01.18</b>	eHnv
<b>Permanence PRS</b>			
ASSC	1.04	<b>15.06.18</b>	eHnv
	1.50	<b>01.10.18</b>	ASPMAD
Médecins-assistants	1.70	<b>15.06.18</b>	eHnv

## Ressources humaines PRS-2018 (mises à disposition par institutions)

	EPT - Taux	Date de début	Employeur
<b>Gestion de projet</b>			
Chargé de communication	0.05	<b>01.01.18</b>	eHnv
Economiste	0.15	<b>01.01.18</b>	eHnv
Chargé projet soins palliatifs (budget SP)	0.20	<b>01.01.18</b>	eHnv
Chargé projet pharmacie interface	0.20	<b>01.01.18</b>	PHNVB
Chargé projet EMS	0.20	<b>01.01.18 au 01.06.18</b>	eHnv
	0.20	<b>01.06.18</b>	Saphir
Chargé projet réponse médicale	0.20	<b>01.01.18</b>	RSNB
Chargé projet gériatrie intra-hospitalière	0.60	<b>01.09.18</b>	eHnv
Secrétariat	0.40	<b>01.11.18</b>	RSNB

*Remarque : Hormis, les médecins et pharmaciens rémunérés pour leurs participations dans les différents groupes, les ressources mises à disposition pour les Bureau de Copil, comités spécialisés, comité clinique et groupes de travail par toutes les institutions ne sont pas comptabilisées dans ce document.*