

REPONSE A L'URGENCE (« RAU ») FICHE DESCRIPTIVE DE LOT DE TRAVAIL

Version 2 décembre 2021

Lot de travail ou projet	No	Titre
Lot de travail	1	Tri et orientation vers la médecine de premier recours
Projet	1.1	Appels aux urgences
Projet	1.2	Critères de tri et orientation médecine générale
Projet	1.3	Compétences des premières lignes
etc.		

1. Mandataire régional :

RSNB

2. Nom et coordonnées du responsable de lot/projet au sein de l'institution :

Christine Perrenoud, cheffe de projet RAU-N

Réseau Santé Nord Broye

christine.perrenoud@rsnb.ch

3. Nom et coordonnées de la personne de contact à la DGS :

Fabio Peduzzi, fabio.peduzzi@vd.ch

4. Objectifs (général et spécifiques) et type de livrable :

Projet	Objectif(s) du projet	Type de livrable (plusieurs réponses possibles : voir exemples après le tableau*)
1.1 Appels aux urgences ¹	Améliorer les flux et l'orientation en amont des urgences	Amélioration d'un processus et information à la population
1.2 Critères de tri et orientation médecine générale	Définir les critères de tri pour évaluer la gravité de la situation et définir l'orientation, quel que soit le lieu de l'intervention	Renforcement d'une prestation existante Renforcement d'un processus existant Nouveau processus

¹ En accord avec SSP ce projet est mené au niveau cantonal et ne sera pas développé dans cette fiche descriptive. C'est pourquoi il est grisé

		Nouvelle structure (permanence)
1.3 Compétences des premières lignes	Renforcer et augmenter les compétences (tri/évaluation/orientation) des soignants de première ligne. Améliorer la collaboration interprofessionnelle	Renforcer une prestation existante Nouvelle prestation Nouvelle formation Développement d'un outil de transmission

***Type de livrable :**

- Renforcement d'une prestation existante ;
- renforcement d'un processus existant ;
- nouvelle prestation ;
- nouveau processus ;
- création d'une structure ;
- nouvelle formation ;
- développement d'un outil ;
- information à la population ;
- **autre (si autre, merci de préciser).**

5. Quelle phase/étape du processus RAU est impactée par le projet et quelle est la population-cible :

Projet	Phase/étape du processus (plusieurs réponses possibles : voir après le tableau les phases du processus**)	Population(s)-cible
1.1 Appels aux urgences	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation – tri • Orientation 	Toute la population
1.2 Critères de tri et orientation médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation – tri • Orientation • Prise en charge 	Toute la population adulte, collaborateurs des urgences et de la Permanence
1.3 Compétences des premières lignes	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil • Evaluation tri • Orientation • Prise en charge 	Soignants de première ligne Toute la population adulte

****Phases/étapes du processus de réponse à l'urgence :**

- Prévention/Anticipation ;
- accueil ;
- évaluation-tri ;
- orientation
- prise en charge ;
- **autre (si autre, merci de préciser).**

6. Phasage :

Projet 1.1		Appels aux urgences	
Phase	Période	Etat d'avancement au : (ex : 20 octobre 2018)	Livrable(s) attendu(s) en fin de phase
Avant-projet Initialisation	De ... à...	Exemples : <ul style="list-style-type: none"> Phase terminée Fiche de projet validée par la direction Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Fiche de projet Etc.
Décision de lancer le projet – désignation du chef de projet et du COPIL			
Conception et planification du projet	De ... à...	<ul style="list-style-type: none"> Ex : en cours 	Plan de projet Etc.
Début des travaux			
Réalisation du projet	De ... à...		Rapport intermédiaire Etc.
Rapport final			
Analyse des livrables et clôture du projet	De ... à...		
Décision pour la suite : rendre le projet pérenne ? Je n'ai pas vraiment compris ce projet, il n'a apparemment pas été traité précédemment			

Projet 1.2		Critères de tri et orientation médecine générale (Permanence)	
Phase	Période	Etat d'avancement fin octobre 2018	Livrable(s) attendu(s) en fin de phase
Avant-projet Initialisation	De 2012 à juin 2017	<ul style="list-style-type: none"> Phase terminée 	Rapport d'activité eHnv 2017
Décision de lancer le projet – désignation du chef de projet et du COPIL			
Conception et planification du projet	De septembre 2017 à mars 2018	<ul style="list-style-type: none"> Phase terminée 	Rapport de modélisation de la Permanence
Début des travaux			
Réalisation du projet	De juin 2018 à Décembre 2019	Phase terminée : 18 juin 2018 premiers tests	Création de la Permanence du PRS.

		1 ^{er} octobre 2018 engagement des ASSC ASPMAD Puis, 1 ^{er} janvier 2021 transfert des ASSC aux eHnv 1 ^{er} janvier 2019 extension à la Garde médicale	Rapport intermédiaire Décembre 2020
Analyse des livrables	Automne 2021	Constat surcharge des consultations. Argumentation en cours pour demande 3 ^{ème} box	Argumentation pour 3 ^{ème} box à fournir pour budget 2022
Décision pour la suite : modélisation de la Permanence dans un nouveau bâtiment			

Projet 1.3		Compétences des premières lignes	
Phase	Période	Etat d'avancement	Livrable(s) attendu(s) en fin de phase
Avant-projet Initialisation	De janvier à juin 2018	• Phase terminée	Etat des lieux des besoins
Décision de lancer le projet – désignation du chef de projet et du COPIL			
Conception et planification du projet	De juin à décembre 2018	• Phase terminée	Contenu et plan de formation
Début des travaux			
Réalisation du projet	De décembre 2018 à décembre 2019	• Phase terminée	Rapport de formation Equipe Mobile
Rapport final			
Analyse des livrables	De janvier à décembre 2020	Analyse des résultats	Rapport de formation rendu en 2019
Décision pour la suite : pérennisation de la formation → Formation reprise par les eHnv au niveau institutionnel, avec possibilité de continuer de former les nouveaux collaborateurs de l'Equipe Mobile.			

7. Modèle logique/Chaîne causale (si ... alors) :

Le modèle logique pour le projet 1.1 n'est pas décrit et dépend de la CTMG

Projet 1.1	Appels aux urgences			
Ressources (intrants) Quelles sont vos ressources ?	Activités Que comptez-vous faire ?	Extrants (outputs) Quels sont les produits qui découlent directement des activités ?	Résultats (effets espérés) Que souhaitez-vous obtenir ?	
			A court terme (effets immédiats)	A moyen/long terme (effets intermédiaires et ultimes)
Exemple : <ul style="list-style-type: none"> • EPT • Équipement • Logiciel • Etc. 	Exemple : <ul style="list-style-type: none"> • Créer une structure • Mettre sur pied une formation • Développer un outil • Etc. • Redéfinir le processus d'appel en amont des urgences • Transférer les appels à la CTMG • Renforcer les dotations de la CTMG • Informer la population 	Exemple : <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'interventions • Nombre d'admissions • Proportion des urgences 3 et 4 • Etc. • Nombre d'appels aux urgences pour des conseils • Nombre d'appels à l'équipe mobile pour des conseils 	Exemple : Augmentation du nombre de prises en charge dans la communauté <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du nombre de prises en charge par la médecine de premier recours 	Exemple : Changement de comportement de la population qui se rendait aux urgences <ul style="list-style-type: none"> • Changement de comportement de la population qui appelait les urgences
	INDICATEURS	INDICATEURS	INDICATEURS	INDICATEURS
	[Compléter]	[Compléter]	[Compléter]	[Compléter]

Projet 1.2		Critères de tri orientation vers la médecine générale (Permanence)		
Ressources (intrants) Quelles sont vos ressources ?	Activités Que comptez-vous faire ?	Extrants (outputs) Quels sont les produits qui découlent directement des activités ?	Résultats (effets espérés) Que souhaitez-vous obtenir ?	
			A court terme (effets immédiats)	A moyen/long terme (effets intermédiaires et ultimes)
0.05-EPT chargée de projet Dès janvier 2021, cheffe de projet C. Perrenoud en collaborateurs avec les resp médicale et infirmière de la Permanence	Gestion et accompagnement de la mise en œuvre Séances de projet chaque 4-6 semaines	Rapports Mise à jour des documents	Procédures efficaces Orientation des patients à la Permanence Collaborations interinstitutionnelles Diminution de l'activité aux urgences	Pérennisation de la Permanence
Pour 2022 : <ul style="list-style-type: none"> • 2.4 3.3 EPT ASSC • 3 2.06 EPT MA • 1.86 CDC • 0.6 0.83 EPT CDC extensiviste • 0.4 EPT personnel administratif • 0.2 0.25 EPT supervision infirmière • 2 3 salles de consultation • 1 salle matériel et 1 bureau • 1 salle d'attente • Matériel de consultation 	Mettre en pratique des critères d'orientation vers la médecine générale Consultations à la permanence sur orientation depuis les urgences Compléter l'offre en médecine de 1 ^{er} recours par des consultations de suivis	Prestations médicales Prestations ASSC Collaboration avec le service des urgences. Collaborations avec des institutions externes pour des suivis	Augmentation du nombre de consultations à la Permanence, depuis les urgences ou depuis des institutions externes <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la proportion des cas 3 et 4 aux urgences • Satisfaction des équipes et des patients 	Augmentation des prises en charge dans la communauté. Stabilisation de l'activité aux urgences. Diminution de l'attente aux urgences. Orientation efficace en cas d'urgence ou de crise Suppléer/venir en soutien aux manques ou au manque de disponibilité au niveau de la médecine de 1 ^{er} recours

<ul style="list-style-type: none"> • Informatique • Autre charges (facturation, admission etc...) 				
	INDICATEURS	INDICATEURS	INDICATEURS	INDICATEURS
	Ratio temps planifié / temps réel Nbre séances projet	Ratio procédures validées Rapports validés	Taux satisfaction des collaborateurs Taux de satisfaction des patients	Diminution de la proportion des degrés 3 et 4 aux urgences
	Proportion patients orientés à la permanence Nbre de consultations à la Permanence Nbre consult urgences vs suivis Nbre consultations par motif / degré Nbre cas réorientés aux urgences Destination à la sortie Nbre hospitalisations	Nbre prestations médicales Nbre prestations ASSC Nbre consultations nécessitant soins infirmiers Nbre cas pris en charge par EM	Temps d'attente aux urgences avant /après mise en place Temps attente à la permanence (je dois vérifier si c'est identifié/idenifiable)	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la proportion des degrés 3 et 4 aux urgences • Augmentation des prises en charge par la médecine générale • Stabilisation des consultations aux urgences • Offre de consultations pour des suivis de patients d'institutions externes, lors d'absence de médecin référent • Offre de suivis post hospit., post urgences/post crise

Projet 1.3	Compétences premières lignes			
Ressources (intrants) Quelles sont vos ressources ?	Activités Que comptez-vous faire ?	Extrants (outputs) Quels sont les produits qui découlent directement des activités ?	Résultats (effets espérés) Que souhaitez-vous obtenir ?	
			A court terme (effets immédiats)	A moyen/long terme (effets intermédiaires et ultimes)
0.05EPT chargée de projet & interprofessionnel	Séances de travail	Contenu formation	Offrir une formation	Augmenter les compétences des soignants de première ligne
Heures de formation (formateurs et soignants)	<ul style="list-style-type: none"> Former les équipes interprofessionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> Formation à l'évaluation clinique somatique et psy Formation transmission Formation collaboration interprofessionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter les compétences des premières lignes 	Augmentation des prises en charge dans la communauté. Orientation efficiente en cas d'urgence ou de crise Stabilisation de l'activité aux urgences.
	INDICATEURS	INDICATEURS	INDICATEURS	INDICATEURS
	Nbre de séances de travail (terminé, formations en cours) Nbre de collaborateurs formés (équipe mobile et urgences)	Plan de formation validé Nbre d'heures de formation Evaluation de la formation	Evaluation des collaborateurs	Proportion des urgences prises en charge à domicile Nbre de consultations aux urgences Maximum de collaborateurs formés/formations continues pérennisées

8. Budget de charges et de revenus 2020 (s'il s'agit de renforcer une prestation existante, merci de présenter deux budgets, en distinguant le budget de la prestation existante du budget lié à son renforcement, objet du projet) :

Projet 1.2 Permanence Budget 2022					
Intitulé du poste	Code Fonction	Taux	Nbre de mois en 2020	Salaire brut employeur	Total
Chargé de projet	Infirmière spécialisée	0.05	12 mois	6'903.-	
Permanence	Chef de clinique extensiviste	0.75	12 mois	112'500.-	
	Chef de clinique	1.69	12 mois	253'125.-	
	Médecins Assistants	1.88	12 mois	225'000.-	
	ASSC	3.0	12 mois	249'000.-	
	Supervision infirmière	0.25	12 mois	27'125.-	
	Personnel administratif	0.4	12 mois	33'000.-	
	Consommables		12 mois	48'350.-	
	Loyer + IT + nettoyage		12 mois	41'550.-	
	Frais de facturation eHnv (6%)		12 mois	56'250.-	
	Autres charges d'exploitation (10%)		12 mois	89'975.-	
	Total charges Permanence PRS		12 mois	1'135'875.-	
	- Recettes estimées		12 mois	812'500.-	
	Subvention nécessaire		12 mois	323'375.-	
Subvention nécessaire projet 1.2					323'375.-

Projet 1.3 Compétences 1ères lignes					
Intitulé du poste	Code Fonction	Taux	Nbre de mois en 2020	Salaire brut employeur	Total
Chargé de projet	Infirmière spécialisée	0.05	12 mois	6'903.-	
	Infirmier clinicien (RSBJ-PSVJ)	0.2	12 mois	26'400.-	
	Médecin assistant pour formation psy	0.2	8 mois	24'023.-	
	Introduction + formation EM (nouveaux collaborateurs), 13 jours	4	12 mois	41'784.-	
	Formation évaluation clinique psy	5.4	12 mois	10'458.-	
	Formation faire face au risque suicidaire (équipe de nuit)	3	12 mois	2'988.-	
	Formation (= stage de 10 h) avec les ambulanciers	5.4		4'200.-	
	Formation et suivi équipe mobile		12 mois	55'184	
	CAS évaluation clinique		12 mois	32'860.-	
	Autres charges d'exploitation (10%)		12 mois	2'402.-	
Subvention nécessaire projet 1.3				127'915	127'915.-

9. Divers / remarques

Le projet 1.2 Permanence est en réalisation et entrera en phase de déploiement lorsque les nouveaux locaux seront disponibles. Durant cette période, toute l'exploitation de la Permanence y.c la gestion du personnel de soins est reprise par les eHnv.

La gouvernance revient au RSNB. La cheffe de projet RSNB travaille en collaboration avec le directeur médical, la responsable médicale (incluse au budget dans le poste CDC), l'ICUS de la permanence (poste au budget de supervision infirmière) et l'ICUS des urgences, pour analyser les résultats, affiner l'organisation, revoir les processus et assurer le suivi.

Le point marquant en 2021 est la mise en évidence d'un nombre conséquent de patients éligibles à la permanence (triés 3-4) qui ne peuvent pas être reçus pour une consultation par manque de place. **Le besoin d'un troisième box** de consultations, au lieu de deux actuellement, est devenu indispensable pour poursuivre la mission de désengorgement des urgences et d'accueil de suivis venant du communautaire. L'argumentation pour la demande de ce troisième box est encore en cours, un tableau de synthèse avec différents commentaires est présenté ci-dessous, ainsi que dans l'**ANNEXE 1**.

La direction médicale des eHnv soutient cette demande de troisième box, et préconise dans un premier temps une ouverture moins large que les deux premiers box de consultations, à confirmer encore, mais probablement 5/7 et de 10h à 18h. Le budget 2022 a été construit selon une estimation en conséquence : sur une base de 2 (= 2 box) en 2021, **2.5 box** (et non 3) sont comptés pour 2022, et tous les chiffres du budget sont établis selon ce ratio. Un premier calcul montrait un besoin 2.75 box, mais compte tenu du fait que le troisième box ne sera pas disponible probablement qu'au printemps seulement, le chiffre a été ramené à 2.5.

A noter que le projet au sein de la Maison de la Santé prévoit quatre box.

Pour ce qui est des **ressources**, le team médecin/ASSC convient très bien. Les situations qui nécessiteraient des soins donnés par une infirmière sont quasi inexistantes.

Le budget 2021 des médecins contenait une proportion de médecins assistants nettement plus élevée que de chefs de clinique. Les médecins qui œuvrent à la Permanence font partie du même pool que pour les deux autres permanences des eHnv, à savoir Orbe et Cossonay. Le PRS/la Permanence d'Yverdon n'a pas de marge de manœuvre sur ces engagements, et a dû ajuster son budget à la hausse en fonction du fait que ce pool comprend au final plus de chefs de clinique que de médecins assistants.

De son côté, **lors de sa séance du 14 octobre, le Bureau Nord a demandé une analyse** plus poussée des résultats de la permanence, estimant que les plages de consultations n'étaient pas occupées suffisamment et que la facturation devrait être plus élevée, notamment en comparaison avec les permanences d'Orbe et Cossonay. Le seul argument retenu pour l'instant par le Bureau Nord pour expliquer les pertes de la permanence est la formation des médecins assistants et des chefs de clinique qui nécessite du temps et des moments de supervision.

La demande a été formulée de vérifier l'organisation à la permanence avant de demander un troisième box, car, en l'état, une telle demande semblait difficilement soutenable.

Depuis, différents échanges avec le directeur médical, la cheffe de clinique responsable de la permanence, l'ICUS de la permanence, l'ICUS des urgences et la cheffe de projet ont mis en lumière les éléments suivants concernant **l'occupation des box de consultation et la facturation** par les médecins :

- Les ASSC effectuent beaucoup de soins, notamment des contrôles de signes vitaux, des pansements ou des prises de sang, qui pourraient être facturables dans un autre contexte, mais qui ne le sont pas car ils entrent dans le point technique
- Le coût des ASSC à la permanence d'Yverdon est vraisemblablement plus élevé que celui des assistantes médicales des deux autres permanences
- Le flux des patients est moins fluide à Yverdon, au vu du lien avec les urgences, des attentes pour des avis de spécialistes ou pour des examens... le flux ne peut pas être le même que pour une permanence isolée d'un hôpital
- Beaucoup de situations lourdes et complexes sont prises en charge à la Permanence, ce qui pourrait avoir un impact sur la facturation de ces consultations, mais cela est encore à examiner davantage
- La Permanence reçoit des pressions du service des urgences pour raccourcir les plages de consultations à 30 minutes au lieu de 45, pour pouvoir accueillir davantage de patients. La responsable médicale estime que cela n'est pas adéquat au vu du fait que les 45 minutes doivent réussir à contenir tout ce qui concerne la consultation, comme le temps d'examens complémentaires (RX ou labo), l'avis d'un spécialiste ou la tenue du dossier. La durée de 45 minutes est considérée comme justifiée et à maintenir.
- La responsable médicale a déjà bien examiné avec ses collègues toutes les modalités de facturation, mais estime qu'il faut relancer en continu, ce dont elle se charge.
- Si le médecin utilise correctement sa feuille de facturation Tarmed, il peut facturer l'entier de son temps de consultation, dont étude de dossier, supervision, avis spécialisé, organisation d'examens, etc, y.c. pour les situations complexes
- En dehors des patients agendés de la journée, chacun des médecins suit quelques patients chroniques pour lesquels il y a souvent un appel téléphonique, une ordonnance ou autre à faire. Les médecins ont une marge d'amélioration pour penser à facturer ces cinq ou dix minutes de travail en l'absence de patient
- Depuis environ une année, comme mentionné dans le tableau en ANNEXE 1 « Suivi des patients », des prestations sont données par des médecins de la permanence à raison d'une journée à la Fondation St Georges, et à la demande pour le suivi à la permanence des résidents de la Fondation Bartimée, pour lesquels la permanence fait office de médecin traitant. Des évaluations somatiques sont effectuées au CPNVD à raison d'un après-midi par semaine

Pour ce qui est de la Fondation St Georges et le CPNVD, les eHnv ne parviennent pas, en l'état, à expliquer où sont acheminées les recettes à l'interne. Des recherches viennent d'être lancées, car il s'agit d'une part de s'assurer que les médecins saisissent

correctement leurs activités, et d'autre part que les recettes y relatives soient en cohérence avec les charges, c'est-à-dire qu'elles reviennent à la permanence.

Les premiers résultats de recherches montrent qu'en tous cas pour la Fondation St Georges, la facturation est en attente au sein de ce service depuis le mars, pour des raisons encore inexpliquées. Des informations sont attendues du CHUV pour ce qui concerne le CPNVD. Pour la Fondation Bartimée, puisque les prestations se donnent à la permanence, il semble que la facturation à l'assurance soit prise dans le même flux que tout autre patient et devrait être distribuée correctement. Quoi qu'il en soit, on eut s'attendre à une majoration des recettes suite à la clarification de ces différentes facturations

- Il y a une certaine inertie parfois dans les agendas à Yverdon qui fait perdre du temps en raison de facteurs qui sont extérieurs : une heure d'attente pour résultats de laboratoire, retard parfois ou absence des patients (le plus souvent provenant de la Fondation Bartimée, en situations fragiles et complexes), attente pour que le box se libère, agenda mal organisé car rendez-vous fixés par les secrétaires des urgences qui n'ont pas toujours une bonne vision des plages disponibles. Dans ces cas de figures, des temps non facturés sont perdus
- Des temps, comme des quarts d'heures, sont souvent perdus, par exemple lorsque des consultations de 45 minutes se suivent aux heures, au vu des horaires auxquels les patients sont convoqués pour un suivi
- Les plages du matin, entre 8h et 9h et de 19h à 20h sont attribuées essentiellement à la tenue de dossiers et à l'administratif. Les consultations débutent à 9h (voir ANNEXE 1)
- Les orientations depuis les urgences sont imprévisibles et irrégulières, ce qui entraîne des plages vides alors qu'à d'autres moments des patients doivent être refusés.
- Selon les capacités du pool de médecins pour les trois permanences, il n'y a parfois qu'un médecin pour les deux box à Yverdon, ce qui réduit la capacité de consultations, donc également les recettes
- Les médecins assistants ont besoin de davantage de temps pour leurs consultations que des médecins plus expérimentés en cabinet, ou comme ceux qui viennent faire la garde à la permanence. De plus, tout le fonctionnement hospitalier, avec notamment l'outil Soarian demande du temps. Les 45 minutes de consultations sont bien nécessaires.
- A noter que les chefs de cliniques qui supervisent les assistants sont eux-mêmes supervisés par des médecins chefs
- Chaque fois que possible, le patient qui doit attendre, par exemple des résultats d'exams, est prié de retourner à la salle d'attente, afin de libérer le box pour la consultation suivante.

- Selon le Directeur médical Julien Ombelli, une permanence à l'intérieur de l'hôpital ne peut pas être autofinancée. Une subvention est quoi qu'il en soit nécessaire pour permettre la formation des médecins assistants.
- Trois soirs par semaine (vendredi-samedi-lundi), **la garde médicale** est assurée par des médecins de ville à la permanence, de 18h à 22h. Ces trois soirs sont inclus dans le budget de la RAU-N, mais appartiennent en réalité à la garde. Des réflexions sont en cours pour élargir le nombre de soirs de garde sur place, idéalement 7/7, ce qui permettrait partiellement de financer les médecins du 3^{ème} box. Pour l'heure, ce sont les dimanches et jours fériés qui sont en négociation avec la garde. Cette ouverture supplémentaire du soir est sollicitée par les urgences qui se voient régulièrement refuser l'orientation à la permanence par manque de place.

Les éléments identifiés ci-dessus expliquent en partie l'organisation de la permanence et mettent en évidence une série d'écueils à un fonctionnement lisse et rentable.

Depuis sa séance du 14 octobre, le bureau Nord s'est réuni les 18 novembre et n'a pu prendre connaissance que partiellement de ces éléments, car plusieurs d'entre eux sont apparus par la suite. Lors de sa séance, il a maintenu sa retenue quant à la demande d'un troisième box, tout en étant ouvert à la poursuite de l'analyse.

Toutefois, la cheffe de projet, appuyée par le directeur médical des eHnv et compte tenu de l'intérêt et d'une ouverture de principe de la DGS, a souhaité maintenir la demande de troisième box.

Objectifs 2022

Les objectifs pour 2022 sont prévus comme suit :

- ➔ Poursuivre le développement de la permanence :
 - pour participer à limiter l'engorgement des urgences
 - pour répondre aux besoins de suivis de patients de provenance soit interne (suite urgence, consultation à la permanence, suivis post-hospitalisation) soit externe, essentiellement dans les situations où d'autres ressources médicales ne sont pas disponibles
 - dans un juste équilibre entre les ressources médicales des urgences et de la permanence
 - dans un travail d'affinage des processus de collaborations
 - dans une recherche de facturation maximale
 - à satisfaction des acteurs et partenaires concernés
- ➔ Peaufiner le modèle de permanence communautaire/hospitalière afin de convaincre de la nécessité et de la plus-value de sa pérennisation dès 2023.

Evaluation

Les indicateurs suivants sont possibles pour 2022 (encore à finaliser) :

QUANTITATIFS (selon statistiques eHnv et relevés manuels) :

- Montant de facturation - Taux de facturation vs temps/activités non facturables
- Nombre de consultations sur les deux box existants
- Nombre de consultations sur le troisième box (si accordé)
- Nombre de patients qui n'ont pas pu être reçus à la permanence (surcharge, ou pas les bonnes disponibilités...) malgré le troisième box
- Ratio patients envoyés depuis les urgences (= triés) versus patients reçus en suivis (= non triés)

QUALITATIFS essentiellement selon questionnements – échanges auprès des personnes/services concernés :

- Satisfaction du service des urgences
- Satisfaction des intervenants de la permanence
- Sondage auprès d'une palette de patients suivis
- Satisfaction des demandeurs externes qui ont recours à la Permanence en tant que médecin de référence ou pour des évaluations somatiques (prévoir courriers ou entretiens)
- Satisfaction des médecins de premier recours (contact avec l'AMENOV)

Une fois les indicateurs finalisés (séance fixée le 17 janvier 2022), la période de relevés et d'étude des résultats peut se dérouler sur une période allant de février à mai-juin, afin de pouvoir ensuite procéder aux aménagements nécessaires et à l'élaboration du rapport final en vue de la pérennisation en 2023.

Concernant le **projet 1.3 Compétences des 1ères lignes** (service des urgences et Equipe mobile), les formations sont sous toit en ce qui concerne le volet somatique comme le volet psychiatrique, et plusieurs sessions de deux jours ont déjà eu lieu dans les deux domaines. Selon les questionnaires d'évaluation retournés, les retours des collaborateurs formés sont très bons.

D'autres actions de formation continue, comme des « Cafés-clinique » psy qui sont en test, pour fournir du soutien ponctuel à l'Equipe mobile de nuit lors d'interventions difficiles.

Au vu du tournus des équipes, il est indispensable de pérenniser ces formations.

Objectifs

- ➔ Offrir à chaque infirmière de l'équipe mobile et des urgences une formation continue en évaluation somatique et psychiatrique
 - ajuster la fréquence des formations continues en tenant compte des tournus de personnel
 - assurer la mise à jour des formations sur la durée
- ➔ Préparer la transmission des formations pour la pérennisation en 2023

Indicateurs

- Pourcentage de personnel formé
- Satisfaction du personnel formé (questionnaires et échanges en colloques)
- Satisfaction des formateurs (UNIF eHnv et ressources médico-soignantes de la psy de liaison)
- Modèle ficelé et transmissible pour 2023

ANNEXE 1

PERMANENCE DU PRS – Document de travail

Statistiques de patients non pris en charge par la permanence, alors qu'ils étaient éligibles

Relevés du 13 septembre au 25 octobre 2021, effectués par les ASSC de la permanence. Ces relevés sont considérés comme sous-estimés. Il y a inévitablement des patients éligibles pour la permanence (échelle de tri 3 et 4) qui n'y ont pas été adressés et sont restés aux urgences pour leur prise en charge. Ces patients n'ont pas pu être connus des ASSC de la permanence pour les relevés.

La période concernée est considérée comme normale, hors vacances scolaires, hors période grippale...

Le tableau ci-dessous comporte 2 durées : le total des relevés allant du 13 septembre au 25 octobre (6 semaines), et, pour faciliter une vision annuelle, les relevés d'un mois, à savoir du **13 septembre au 13 octobre**.

	Degrés 3-4 qui n'ont pas pu être pris depuis les urgences	Suivis à la permanence (suite urgence précédente) qui n'ont pas pu être programmés le jour voulu	Contrôles demandés par les urgences suite intervention qui n'ont pas pu être programmés le jour demandé	TOTAL des patients refusés
Durée 1 mois 13.9-13.10	76	2	5	83
<i>Durée</i> 13.9-25.10	99	3	9	111

Motifs de suivis de patients, hors orientation depuis les urgences

	Pas de MT	Refus d'aller chez le MT	MT pas disponible	Suivi post-hospitalisation	Contrôle suite passage aux urgences	Plateau technique, RX, labo, avis	Contrôle demandé par la poli-chir	Suivis pour St Georges ou Bartimée	TOTAL des suivis
Durée 1 mois 13.9-13.10	44	12	22	9	68	17	9	2	183
<i>Durée</i> 13.9-25.10	60	15	32	12	84	37	9	3	252

Le nombre conséquent de consultations données en soutien au médecin traitant illustre bien le rôle joué par la permanence au niveau du domaine communautaire.

N.B : en septembre, il y a eu 396 visites au total à la permanence (stat mensuelle fournie par les eHnv). Même si les présents relevés ont eu lieu du 13 sept au 13 octobre, et non du 1^{er} au 30 septembre comme cette statistique eHnv, on peut considérer que le rapport entre les prises en charges depuis les urgences et les suivis est semblable. 183 suivis représentent le 46% des 396 visites. Or, les statistiques eHnv (sans qu'on ait les détails) indiquent environ 60% de suivis vs les prises en charges depuis les urgences. On peut en déduire que les relevés effectués par les ASSC ne sont pas exhaustifs des suivis, mais ils restent représentatifs des proportions entre suivis et transferts depuis les urgences. Dans sa séance du 18 novembre, le Bureau Nord n'a pas jugé nécessaire de poursuivre ces relevés.

Octobre 2021

Horaires d'ouverture de la permanence

Jour	BOX 1	BOX 2	Nb d'heures
Lundi	9 - 18	10 - 20	19 moins 2h pause = 17
Mardi	9 - 18	10 - 20	19 moins 2h pause = 17
Mercredi	9 - 18	10 - 20	19 moins 2h pause = 17
Jeudi	9 - 18	10 - 20	19 moins 2h pause = 17
Vendredi	9 - 18	10 - 20	19 moins 2h pause = 17
Samedi	8 - 18	-	9 moins 1 h pause = 8
Dimanche	9 - 17	-	8 moins 1h pause = 7
TOTAL heures d'ouverture/semaine			100