

Pôle Régional Santé

Rapport d'activité 2017

Activités globales 2017

L'année 2017 a été consacrée à la consolidation de la structure du projet du Pôle Régional Santé (PRS) et à la fin de sa phase d'initialisation. Les différents travaux cliniques à effectuer ont été identifiés et la phase de conceptualisation a débuté. Afin d'assurer une meilleure compréhension et une adhésion des partenaires, ce projet a été présenté à plus de 40 reprises dont 12 fois en-dehors des partenaires régionaux et plus de 200 séances individuelles ont été conduites. La vision finale du projet a été retravaillée afin de simplifier sa compréhension (Annexe 1). Le PRS a été retenu parmi les 3 finalistes au Symposium des Soins Intégrés à Berne au mois de juin 2017.

La cheffe de projet a animé 17 séances pour 2 groupes de travail et est intervenue lors de 4 séances du Bureau Nord avant la création d'un Bureau de Copil (2 séances). Les neuf séances du comité spécialisé ont lieu à des intervalles réguliers et toutes les institutions partenaires étaient représentées dans la majorité des séances, hormis la PHNVB et les EMS qui ont rejoint les groupes plus tard. Quatre médecins généralistes de la région ont été intégrés et ont participé à 17 séances. Afin de soutenir la cheffe de projet dans ses activités, une assistante de projet a été engagée à 50 % dès le mois de novembre. Son intégration, sa formation et la planification détaillée du projet ont été ses principales activités en 2017.

L'année 2017 a aussi permis d'engager et de former différents chargés de projet afin de constituer l'équipe clinique du projet. Au total, ils ont bénéficié de 112 heures de formation à la gestion de projet¹, ainsi que de 52 séances de supervision². La plupart ont déjà débuté un état des lieux et certains ont déjà émis des pistes de solutions. Les premières réalisations pourront débuter au premier semestre 2018. D'autres travaux, tels que la psychiatrie de liaison et une partie des travaux de gériatrie, n'ont pas encore pu débuter: La psychiatrie de liaison, suite au délai induit par la signature de la convention entre les eHnv, le RSNB et le SPN-CHUV et la gériatrie par manque de ressources disponibles dans la région du Nord vaudois. Les processus cliniques initiés par la gériatrie régionale ont pu être revisités et constituent le cadre de référence afin d'orienter les réflexions cliniques et les responsabilités interinstitutionnelles et interprofessionnelles dans le projet (Annexe 2).

Il avait aussi été convenu de tester dès le 1^{er} janvier 2018 la Permanence du Pôle Régional Santé, en sortant des urgences les patients ne nécessitant pas des urgences hospitalières. Des locaux provisoires ont pu être obtenus aux eHnv mais faute de budget du SSP, les ressources paramédicales n'ont pas pu être engagées et les tests sont reportés à la fin du premier semestre 2018. Toutefois, les réflexions quant au financement et à l'organisation de la permanence se sont poursuivies et ont été présentés au SSP en mars 2018.

Le SSP souhaitait que des travaux concernant la facturation du PRS soient conduits. Le phasage des travaux n'a pas permis de conduire ces travaux en 2017. Ceux-ci sont planifiés sur l'année 2018 selon l'avancement des travaux et lors de l'engagement par les eHnv du personnel qualifié pour le faire.

¹ Séances de formation en groupe, dispensées par S. Thierry

² Séances individuelles dispensées par la cheffe de projet

Le programme des locaux pour le bâtiment « médecine de 1^{er} recours » a été transmis aux eHnv pour validation au mois de novembre 2017.

Engagements effectués au 31 décembre 2017

Fonction	Rôle dans le projet	Pourcentage	Employeur	Dès
Consultant	Supervision et formation		interST	1.1
Chef de projet	Conduite projet PRS	80 %	RSNB	1.1
Assistant projet	Planification, support et admin.	50 %	RSNB	1.11
Economiste	Travaux financiers	15 % (charge eHnv) 10 %	eHnv eHnv	1.1 1.11
Chargé de projet	Communication	5 % (charge eHnv)	eHnv	1.1
Infirmier clinicien	Projet / clinique RSBJ	50 %	RSBJ	1.1
Médecin	Projet / clinique RSBJ	30 %	RSBJ	1.1
Médecins	GT / travaux méd 1 ^{er} recours	10 %	-	1.3
Chef de clinique	Consultations	100 %	eHnv	1.1
Physiothérapeute spécialisé	Activité clinique / formation	30 % (ancien budget) 50%	eHnv	1.1-1-9 1.9
Infirmier consultant	Chargé projet (gestion cas)	20 %	ASPMAD	1.6
Infirmier urgences	Chargé projet	20 %	eHnv	1.9
Infirmier clinicien spécialisé	Projet + évaluations gériatriques	100 %	eHnv	1.9
Infirmier clinicien spécialisé	Projet + clinique (insuffisance cardiaque)	40 %	RSNB	1.10
Infirmier de liaison	Projet + orientation (BRIO)	80 %	RSNB	1.12
Ergothérapeute	Mise en place PTH-PTG	10 %	ASPMAD	1.11

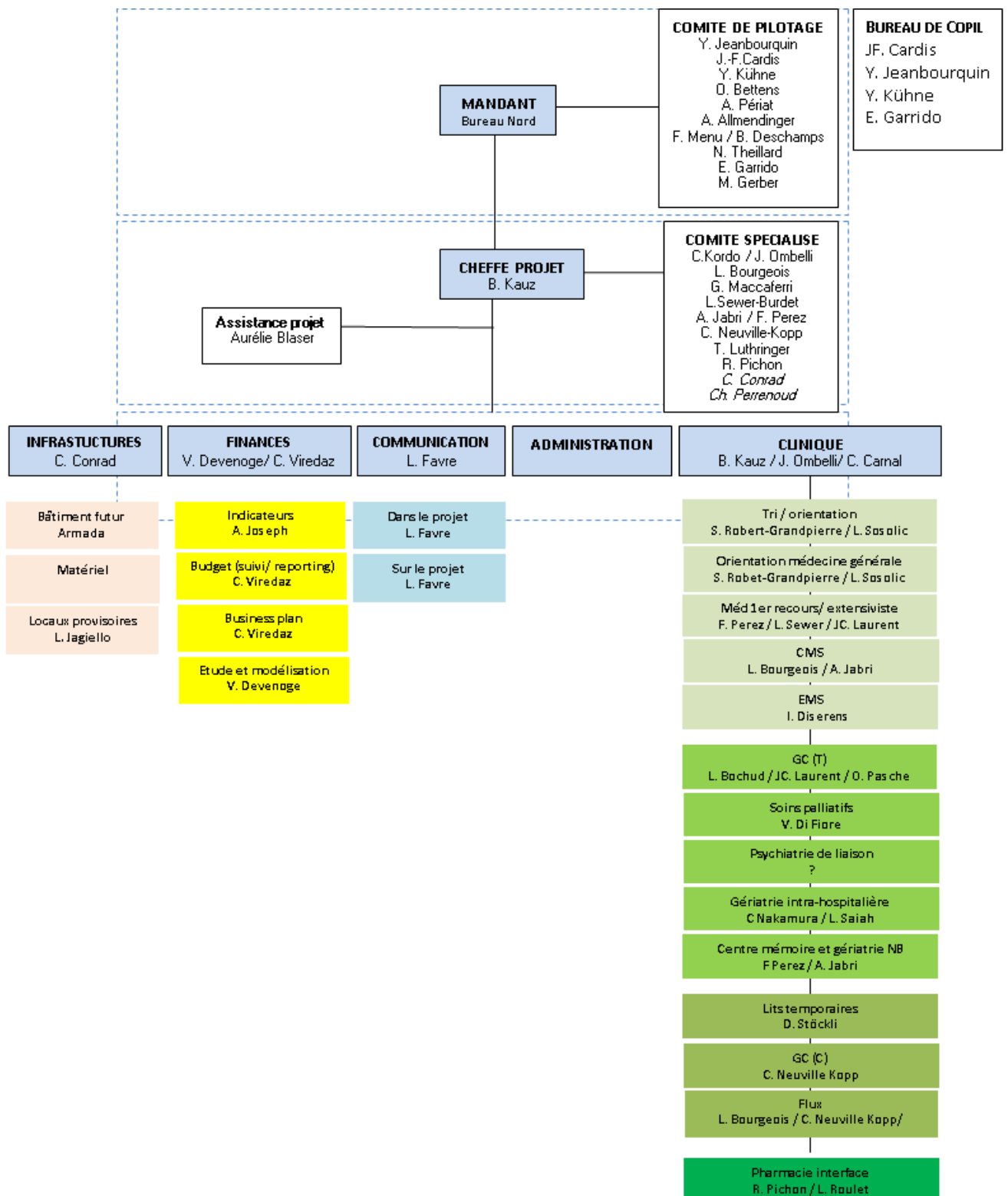
Engagements en cours pour 2018 :

- Infirmier-ère gestionnaire de cas : développement de la gestion de cas, 80%, RSNB, dès avril 2018
- Infirmier-ère clinicien-ne gériatrie : développement du rôle infirmier, 80 %, RSNB, dès mai 2018

Engagements en attente :

- Infirmier-ère et CDC psychiatrie liaison : convention en cours finalisation

Organigramme 2017 (fin 2017)



Avancement des travaux

Organisation de projet

- Afin de simplifier le suivi et les validations du projet, un Bureau de Copil a été constitué : J.-F. Cardis (eHnv), Y. Jeanbourquin (ASPMAD), Y. Kühne (RSNB), E. Garrido (EMS 4 Marronniers)
- Engagement d'une assistante de projet à 50 %: travaux de planification globale, support et administration
- Formation des chargés de projet en octobre et novembre 2017 : 2 jours de formation chacun
- Planification globale et détaillée du projet en novembre et décembre 2017. Sera finalisée en février 2018

Infrastructures

a. Locaux provisoires

- ✚ Espaces de travail pour les collaborateurs engagés par le PRS, mis à disposition par les eHnv
- ✚ 2 chambres libérées au 1.1.2018 dans les eHnv (bâtiment principal) : Permanence du PRS (orientation médecine 1^{er} recours)
- ✚ Locaux pour tester les lits temporaires : localisation et disponibilité des locaux en réflexion avec les eHnv

b. Matériel

- ✚ Permanence du PRS (orientation médecine 1er recours) : en réflexion

c. Bâtiment futur

- ✚ Programme des locaux validés par les partenaires (novembre 2017), transmis aux eHnv. En attente feed-back eHnv

Finances

- Description des travaux à effectuer et planification globale faite : rapport rendu au SSP
- Besoin de ressources supplémentaires afin de produire les travaux en lien avec les finances, estimées à 0.3 EPT. 0.1 EPT étaient disponible dès le 1.11.2017, 0.2 EPT supplémentaires doivent être engagés au plus vite par les eHnv (recrutement en cours)

a. Indicateurs

- ✚ Proposition d'indicateurs faite au SSP (ceux-ci ont été retravaillés avec le SSP au début 2018)

b. Etude et modélisation financière

- ✚ Constitution d'un groupe de travail « finances », 2 réunions ont eu lieu en 2017 et les objectifs 2018 ont été définis

c. Budgets

- ✚ En 2017, 320'332.- du budget accordé n'ont pas été dépensés (Annexe 3). Cette variation est due au délai induit par le recrutement de certains professionnels et au non recrutement d'un gériatre.
- ✚ Le SSP n'a pas accordé le budget initialement demandé pour 2018, celui-ci a été adapté afin de poursuivre avec les engagements existants (Annexe 4)

d. Business plan

- Du bâtiment : sera élaboré après la validation du programme des locaux
- Du PRS : sera élaboré suite aux décisions concernant la gouvernance future et les modélisations financières individuelles pour chaque lot de travail clinique

e. Conventions et mandats

- ✚ Les conventions avec les différents partenaires sont en cours de rédaction. La convention concernant plus spécifiquement l'engagement des ressources par le SPN-CHUV est en cours de finalisation.

Administration

Les travaux administratifs en lien avec le projet ou l'engagement des ressources ont été gérés par la cheffe de projet en collaboration avec les différentes institutions. Dès qu'une décision concernant la gouvernance sera prise, une personne sera désignée pour conduire les travaux administratifs.

Communication

- ✚ Les grandes lignes de communication ont été définies et le concept de communication a été rédigé. Le plan de communication doit encore être affiné lorsque la planification globale sera finalisée
- ✚ Des réflexions sont en cours quant à un outil de projet collaboratif pour les chargés de projet
- ✚ La création d'une Newsletters est en cours de réflexion

Clinique

La Dre Carnal a été intégrée dans le groupe des responsables de la coordination clinique. Une description fine des lots de travail, des objectifs et de l'avancement de l'ensemble des travaux cliniques se trouve dans le tableau ci-dessous.

Description des lots de travail clinique du PRS et avancement des travaux en 2017

Lots de travail	Objectifs spécifiques	Objectifs 2017	Travaux à réaliser	Avancement 2017	Résultat attendu ³	Finalité ⁴
<p>1. Tri et orientation⁵ (depuis 01.09)</p> <p>2. Orientation vers la médecine générale² (depuis 01.10)</p>	<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^{er} 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 définir les critères d'orientation vers la permanence</p> <p>Orienter vers la médecine générale les personnes ne nécessitant pas une consultation aux urgences</p>	<p>Faire un état des lieux, affiner les critères de tri existant (EST[®]) et faire une procédure d'orientation</p> <p>Identifier les besoins, les compétences, la logistique et les ressources nécessaires</p>	<p>Critères définis, en cours de validation, procédures en cours d'écriture</p> <p>Locaux obtenus, besoins de ressources identifiés, recrutement dès obtention du budget</p>	<p>Guide lines (2017, dans les temps) Procédures (début 2018, en retard)</p> <p>Organiser un lieu de prise en charge distinct des urgences (prévu janvier 2018, en retard)</p> <p>Compétences d'évaluation et de prise en charge sur les lieux de vie (prévu 1^{er} semestre 2018, en retard)</p>	<p>Diminution de la proportion des urgences de degré 3 et 4 en charge aux eHnv</p> <p>Augmenter la proportion de patients orientés en polyclinique</p> <p>Maintien dans les lieux de vie</p>
<p>3. Médecine de 1^{er} recours et garde médicale⁶</p>	<p>Revisiter et optimiser la garde médicale régionale,</p>	<p>Identifier les mesures d'amélioration de</p>	<p>Faire un état des lieux, identifier les mesures</p>	<p>Elaboration un questionnaire distribué aux</p>	<p>Organisation de la garde médicale effective au</p>	<p>Diminution des patients se rendant aux urgences</p>

³ Selon la planification effectuée au début 2017 et l'adaptation des lots de travail

⁴ Objectifs visés en lien avec le dispositif actuel, qui permet de construire les indicateurs de suivi et de réalisation des objectifs

⁵ En 2018, les lots tri/orientation et orientation vers la médecine générale seront intégrés dans un seul lot de travail (tri et orientation vers la médecine générale), conduit par la même chargée de projet.

⁶ En 2018, les lots de travail médecine de 1er recours et médecine extensiviste seront intégrés dans un seul lot de travail (médecine de 1er recours et extensiviste), conduit par le même chargé de projet

(depuis 01.06)		la garde régionale	d'amélioration et proposer des alternatives au modèle actuel	médecins de la région, analyse en cours	1.1.2019 (dans les temps)	Augmentation des prises en charge dans les lieux de vie
4. Médecine extensiviste³ (01.09)	Offrir une continuité dans le suivi médical de la population lors d'urgences, de crise, et de transition	Effectuer un état des lieux des activités actuelles	Faire un état des lieux, identifier les besoins et proposer des développements régionaux et définir le monitoring de l'activité	Prise de contact entre les partenaires, périmètre de l'activité en cours de révision et monitoring en réflexion	Convention entre les partenaires (en retard-reporté fin 2018 avec intégration de la garde régionale)	Améliorer les soins de transitions afin d'éviter les hospitalisations évitables et les consultations en urgence
Lots de travail	Objectifs spécifiques	Objectifs 2017	Travaux à réaliser	Avancement 2017	Résultat attendu	Finalité
5. CMS (suite gériatrie régionale Nv) a) PTH-PTG-PTE⁷	Anticiper et organiser une prise en charge efficiente des personnes âgées, en ambulatoire à domicile, lors d'opérations électives (PTH-PTG-PTE)	Effectuer un état des lieux de l'existant et écrire l'itinéraire clinique	Faire un état des lieux et des pratiques actuelles, identifier les besoins d'amélioration, de formation et construire des itinéraires cliniques et des processus interinstitutionnels et interdisciplinaires	Conceptualisation de l'itinéraire clinique en cours de finalisation	Itinéraires cliniques (fin 2017, dans les temps) Mise en oeuvre des processus interinstitutionnels et interdisciplinaires (mi-2018, en retard)	Raccourcir les hospitalisations tout en évitant les réhospitalisations évitables et les consultations en urgence
b) Gériatrie⁸	Prévenir le déclin fonctionnel et maintenir l'autonomie des personnes âgées	Faire un état des lieux des besoins (compétences, formation) et intégrer le	Faire un état des lieux, identifier les besoins, écrire les processus et développer les	Test des processus en cours, réflexions sur formation et compétences,	Mise en œuvre des processus cliniques de continuité entre les partenaires régionaux (fin	Diminution du déclin fonctionnel, entrée en EMS retardée

⁷ Se nommera réadaptation en 2018 et intégrera la réadaptation sur les lieux de vie (état des lieux des besoins à réaliser)

⁸ Sous-projet repris au sein de l'ASPMAD en lien avec les projets de l'avasad

c) Equipe mobile⁹	Répondre à l'urgence au domicile des patients, ainsi que dans les EMS, assurer le retour à domicile des personnes âgées depuis les urgences	processus de continuité dans la pratique quotidienne Faire un état des lieux des activités existantes et évaluer le développement de nouvelles prestations et/ou missions	bonnes pratiques cliniques Faire un état des lieux, identifier les besoins de développement de l'activité, conceptualiser et réaliser les critères, processus et procédures nécessaires	coordination avec la feuille de route de l'avasad Etat des lieux en cours	2017, en retard) Equipe mobile redéfinie (mi 2018, dans les temps) Itinéraires cliniques Processus et conventions interinstitutionnels et interdisciplinaires afin de répondre dans les 2 heures à tous les clients (janvier 2019, dans les temps)	Eviter des consultations en urgences et des hospitalisations inappropriées Favoriser le retour à domicile Eviter des réhospitalisations
6. EMS¹⁰	Prévenir le déclin fonctionnel et maintenir l'autonomie des personnes âgées. Offrir une prise en soins adéquate lors d'urgences, de crise et de transition en EMS	Constituer un groupe de réflexions cliniques entre les EMS et faire un état des lieux des besoins	Faire un état des lieux, identifier les besoins, proposer des variantes, conceptualiser et réaliser des pistes de solutions entre les partenaires de la région	Identification du besoin de partager des réflexions entre les différents EMS, début état des lieux en janvier 2018	Guide lines (mi-2018, en retard) Mise en œuvre processus cliniques et continuité des soins (2019, en retard)	Eviter les hospitalisations inappropriées et maintenir la population dans son lieu de vie si possible
7. Gestion de cas thérapeutiques (insuffisance cardiaque) (01.10)	Développer une consultation infirmière pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque	Recrutement et intégration de l'infirmier-ère, et début de l'état des lieux	Faire un état de lieux, identifier les besoins (1 ^{ère} et 2 ^{ème} lignes), implantation de la consultation et de l'itinéraire clinique	Intégration infirmière au sein eHnv, état des lieux en cours d'analyse, constitution comité clinique	Itinéraire clinique complet (interinstitutionnel et interprofessionnel) (septembre 2018, dans les temps) Formations (2019)	Eviter les hospitalisations évitables, maintenir l'autonomie de la population et prévenir des consultations en urgence

⁹ Se nommera « réponse médico-technique » en 2018

¹⁰ Travaux déjà débutés en gériatrie régionale Nv, groupe repris par un nouveau chargé de projet en fin 2017

8. Soins palliatifs (01.09)	Offrir une prise en charge adéquate et cohérente (processus et procédures standardisées entre les institutions) aux personnes en fin de vie	Intégration des soins palliatifs et de la chargée de projet dans le PRS et début des travaux (état des lieux)	Faire un état de lieux, identifier les besoins (1ère et 2ème lignes), implantation de la consultation aux eHnv et étendre la réflexion à toute la région	Intégration des soins palliatifs dans le PRS, état des lieux hospitalier en cours, écriture des processus en cours. Début de la consultation aux eHnv en 2018	Critères et processus de continuité des soins (mars 2018, en retard) Renforcement de l'offre (2019) Formations (2019)	Assurer une continuité des soins et promouvoir la fin de vie à domicile, éviter les hospitalisations inappropriées Améliorer l'orientation des patients ayant des besoins palliatifs
Lots de travail	Objectifs	Objectifs 2017	Travaux à réaliser	Avancement 2017	Résultat attendu	Finalité¹¹
9. Psychiatrie de liaison	Offrir une prise en soin adéquate aux patients se présentant aux urgences somatiques, améliorer la réponse à la crise	Identification des ressources nécessaires au projet, recruter le personnel et débiter un état des lieux	Faire un état des lieux, identifier les besoins, implanter un rôle infirmier en psychiatrie de liaison aux urgences	Identification des besoins, convention en cours de signature (attente pour engagements)	Etat des lieux (2017, en retard) Identification des besoins (2017, en retard) Rapport proposant des mesures d'amélioration (2018, en retard)	Améliorer la prise en charge et l'orientation des patients ayant des besoins psychiatriques en milieu somatique
10. Gériatrie intra-hospitalière¹²	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	eHnv : Recrutement et intégration de l'infirmier-ère, poursuite des travaux engagés et de l'écriture des processus	Faire un état de lieux, identifier les besoins (1ère et 2ème lignes), poursuite de l'intégration de l'egsa au sein des eHnv et mise en place des processus de détection et d'évaluation	Physio formés à la 1 ^{ère} évaluation et test évaluation systématique pour tous les patients 70 ans + Engagement infirmier à 100 % Pas de médecin gériatre aux soins aigus eHnv Etat des lieux en cours	Guide line (2017, physio : dans les temps, autres professionnels : en retard) Mise en œuvre du processus clinique de continuité, interdisciplinaires et interinstitutionnels (2018, en retard)	Eviter le déclin fonctionnel iatrogène Favoriser le retour à domicile des patients âgés Diminuer les durées d'hospitalisation

¹¹ Objectifs visés en lien avec le dispositif actuel, qui permet de construire les indicateurs de suivi et de réalisation des objectifs

¹² Suite à la gériatrie régionale Nv

		RSBJ : Tester l'adaptation de l'hôpital aux personnes âgées et conception des prises en charge dédiée	Evaluer la prise en soin standard, mettre en place des indicateurs de suivi, faire un état de lieux pour la prise en charge dédiée et identifier les besoins, conceptualiser et réaliser les prises en charge dédiées	Tout le personnel formé à la gériatrie, test des processus (observation diminution du déclin fonctionnel) Écriture des processus, réflexions sur formations, compétences et ressources néc ¹³ .	Processus et procédures 1 ^{ère} évaluation et colloque interdisciplinaire (2017, dans les temps) Modélisation des lits dédiés (2018, réévaluer délais)	
11. Centre mémoire et gériatrie¹⁴	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	Offrir un processus d'accès harmonisé, identifier les besoins d'amélioration, en particulier dans les interfaces	Faire un état des lieux de l'activité actuelle, identifier les besoins d'amélioration (compétences, processus,..) et développer les processus de continuité interinstitutionnels et interprofessionnels	Processus de regroupement des deux centres validé (bon unique). Identification des ressources et des compétences nécessaires. Recrutement d'une infirmière pour implantation rôle infirmier.	Guide line (2018, dans les temps) Processus clinique de continuité, interdisciplinaire et interinstitutionnel (2018, dans les temps) Prestations spécialisées offertes (2018, dans les temps)	Identification plus rapide des populations vulnérables et orientation dans le système
12. Lits temporaires (01.12)	Offrir une alternative à l'hospitalisation lorsqu'elle est inappropriée	Définir le profil et recruter le chargé de projet. Débuter un état des lieux des hospitalisations inappropriées	Définir les critères Définir la typologie de patients et les prestations à développer Modéliser les lits temporaires	Recrutement de l'infirmière chargée de projet. Intégration dans son poste en cours.	Critères et processus Procédures (2018, dans les temps) Développer une structure de prise en charge	Diminution des hospitalisations en soins aigus

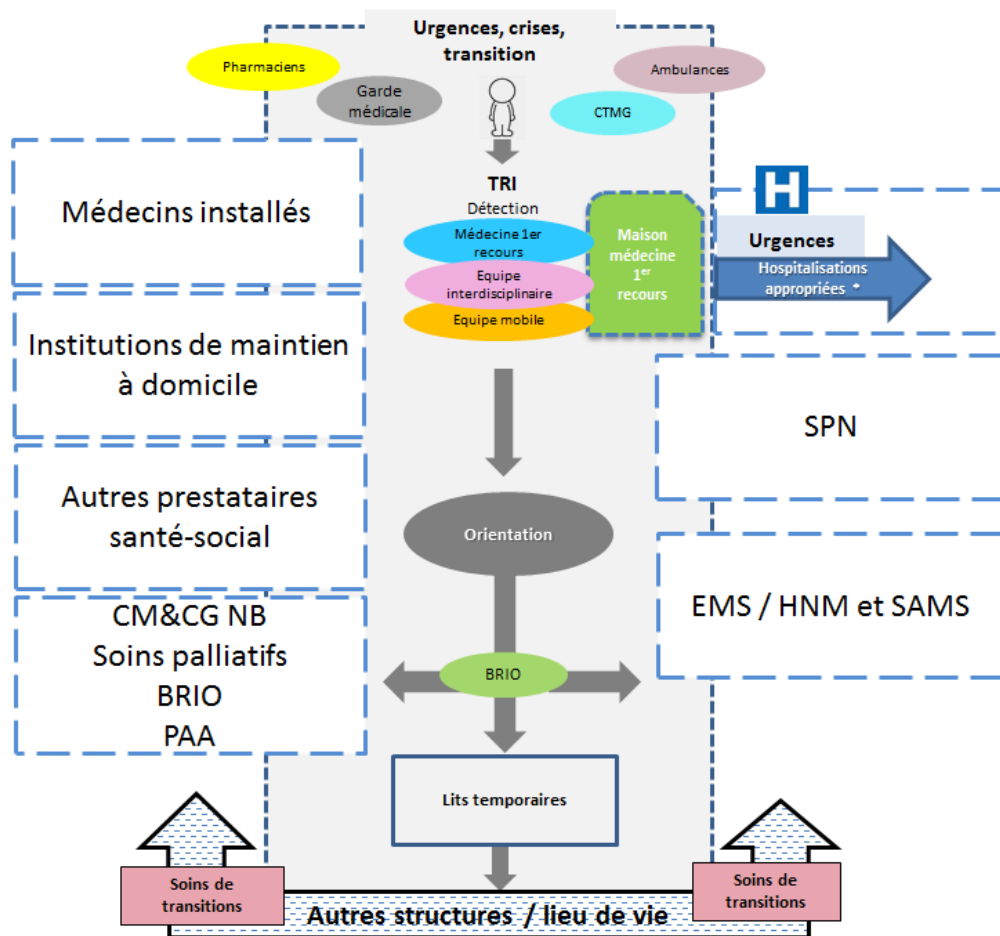
¹³ Cf rapport T. Luthringer

¹⁴ Sera renommé « gériatrie d'interface » en 2018

					alternative à l'hospitalisation (mi 2018, en retard)	
13. Gestion de cas de coordination (01.06)	Offrir une prise en charge adéquate et dans la continuité aux patients complexes	Définir la gestion de cas, identifier les critères, écrire les procédures, définir le profil du poste et recruter l'infirmier -ère gestionnaire de cas	Définir les critères, les compétences et les processus de collaboration interinstitutionnelle, développer et implanter cette fonction au sein de la région	Etat des lieux effectués, description de la fonction en cours de rédaction, recrutement de l'infirmière gestionnaire de cas pour le 15 avril 2018.	Critères Processus clinique de continuité (2018, dans les temps) Prestations (mi-2018, en retard)	Renforcer le maintien à domicile Retarder le déclin fonctionnel Eviter des hospitalisations
14. Flux¹⁵	Décrire les flux et les processus régionaux qui répondent à l'urgence, à la crise et à la transition	Pas d'objectifs spécifiques en 2017, sera travaillé dans un 2 ^{ème} temps	Rassembler les processus individuels, en vérifier la cohérence et définir un processus global	-	Algorithme présentant les flux régionaux (2019, dans les temps)	Standardiser les flux régionaux
15. Pharmacie d'interface	Offrir des produits pharmaceutiques hospitaliers en ambulatoire afin de maintenir les personnes dans leur lieu de vie et développer des soins de transition adéquat Offrir des prestations interdisciplinaires afin de maintenir l'autonomie de la population (entretien polymédication, éducation thérapeutique, ...)	Définir la pharmacie d'interface en co-construction avec les pharmaciens d'officine	Définir les compétences, processus cliniques et de collaboration, mise à disposition de produits pharmaceutique hospitaliers. Créer un raison sociale pour la pharmacie d'interface et construire la structure de la pharmacie d'interface	Plusieurs réunions ont eu lieu avec entre la PHNVB et les pharmacies d'officine de la région Prestations à subventionner identifiées	Etat des lieux (début 2018, en retard) Identifier les besoins (mi-2018, en retard) Rapport sur l'opportunité de créer une pharmacie d'interface (mi-2018, en retard)	Renforcer le maintien à domicile/ lieu de vie Eviter les hospitalisations inappropriées Eviter le recours aux urgences ou la discontinuité du traitement

¹⁵ En 2018, le lot de travail « flux » sera intégré dans l'organisation de chaque lot de travail

Annexe 1 : vision finale du projet



* Pathologie, état de santé ou traitement nécessitant une prise en charge, une surveillance ou un plateau technique

Annexe 2 : Processus cliniques communs

(Sur la base de la pyramide populationnelle : robustes-vulnérables-dépendants et complexes)

