

RAPPORT de projet

Lits temporaires/Tag

Christine Perrenoud et Patricia Dubey
19/01/2023

Table des matières

Résumé	2
Tableau financier	3
Origine du projet.....	3
Objectifs du projet initial	4
Réalisations du projet initial	4
Relance du projet.....	4
Étapes.....	4
Objectifs du projet à sa relance	5
Moyens déployés	5
Préparation du tag	5
Documentation, procédures et outils de travail.....	5
Rencontres de travail (présentation et organisation)	6
Période du tag aux urgences.....	6
Méthode	6
Résultats	7
Analyse.....	7
Typologie.....	7
Commentaires.....	8
Constats généraux décrits par le personnel des urgences	8
Principales difficultés rencontrées au quotidien par le personnel des urgences.....	9
Recommandations du rapport.....	10
*Création d'une unité de LT : questions à aborder posées par le groupe de travail	10
Validation et questionnements du Comité spécialisé et du Bureau Nord	11
En amont de l'hospitalisation	11
En aval de l'hospitalisation	12
Fonctionnement des lits temporaires.....	12
Questionnements sur le déroulement du projet et l'élaboration du rapport.....	12
En conclusion	13

Résumé

Le projet des lits temporaires a été initié en 2018 dans le cadre du cahier des charges de la Réponse à l'Urgence (RAU), dans le but d'offrir une alternative à l'hospitalisation quand celle-ci est jugée non pertinente.

Une première étape du projet a consisté en l'étude de la documentation existante, en l'élaboration du concept de lits temporaires et de leur mission, ainsi qu'en la définition de critères d'inclusion et d'exclusion.

Selon ces critères, une période appelée « tag » était prévue au service des urgences pour identifier et dénombrer les patients dont l'hospitalisation était jugée non pertinente. Cette démarche n'a toutefois pas pu être réalisée, principalement en raison de la période de crise sanitaire qui a engendré une surcharge de longue durée au service des urgences. Le projet a été mis en attente à l'automne 2020.

Au vu de l'engorgement permanent du service des urgences et des services de lits A, le projet continuait toutefois à avoir tout son sens. Les discussions ont repris en automne 2021 et une version allégée du projet a été conçue, réalisée entre les mois d'avril et de septembre 2022. Devant l'impossibilité pour les eHnv de créer une unité de lits temporaires faute d'espace à disposition avant la construction des eHnv du futur, il a été décidé d'effectuer l'étude « tag » aux urgences sur deux mois. Le but était d'imaginer des pistes en amont pour limiter le recours aux urgences, d'identifier des orientations rapides pour éviter des hospitalisations, et d'objectiver, ou non, le besoin de créer des lits temporaires.

Sur les deux mois de tag aux urgences, trente-trois personnes ont été identifiées¹ dont l'hospitalisation aurait pu être évitée si une alternative avait pu être proposée. A la fin des séjours hospitaliers, il s'est révélé que sur ces trente-trois hospitalisations jugées non pertinentes, vingt-sept d'entre elles auraient effectivement pu être évitées, et six seulement ont finalement été nécessaires.

Ce constat, bien qu'à petite échelle a confirmé l'intérêt et la nécessité de créer des lits temporaires comme alternative à des hospitalisations jugées non pertinentes.

¹ Lors de la première période de tag, la question éthique a été posée de savoir comment identifier les personnes « taguées » avec la plus grande précaution, mais avec une visibilité pour les soignants impliqués dans le projet. Les moyens décrits ci-dessous (page 6,) ont été choisis faute de mieux et ont été jugés acceptables au vu du petit nombre des patients concernés et de l'absence de répercussion du tag sur la suite de la prise en charge. Cette identification n'a pas induit de commentaires de la part des patients concernés.

Tableau financier

Lits temporaires			
2023			
en CHF			
Revenus			0
Facturation		-	
Subvention		-	
Charges de personnel	EPT		61'044
Charges médicales			
Charges soignantes	0.20	26'000	
Charges psychologues			
Charges assistantes sociales			
Charges administratives	0.26	35'044	
Encadrement			
Formation du personnel			
Autres charges du personnel			
Charges d'exploitation			6'422
Consommables			
Matériel			
Loyer (y.c parking)		836	
Frais de véhicules			
Travaux financiers			
Frais de facturation			
Autres charges d'exploitation / overhead administratif		5'586	
Résultat / besoin en subvention			67'466

Précision : les charges administratives comportent le pilotage du projet par le RSNB.

Origine du projet

La question des lits temporaires est apparue dans le projet Organisation Sanitaire Régionale Intégrée et Coordinée (OSRIC) en 2012.

Dans le cadre du projet du Pôle Régionale Santé (PRS), la nécessité de développer des « Lits temporaires » (LT) a été postulée en 2017, afin d'offrir une alternative à l'hospitalisation quand celle-ci est jugée inappropriée.

Le cahier des charges de la Réponse à l'Urgence (RAU) transmis le 5 octobre 2017 par le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) ([Voir le cahier des charges](#)) attend des régions une amélioration du tri et de l'orientation en cas de crise et d'urgence, une augmentation des prises en charges à domicile, et il préconise le développement de lits d'accueil temporaires comme alternative à des hospitalisations jugées inappropriées, pour permettre de suivre les patients dont la situation ne nécessite pas directement un plateau technique hospitalier.

Pour tenter de donner une réponse régionale à cette problématique, le déploiement des projets de la RAU comporte un projet « Lits temporaires », initié au début 2018 ([Voir la fiche descriptive](#)).

Objectifs du projet initial

D'après la fiche descriptive

Projet	Objectif(s) du projet
Création de la structure	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Offrir une alternative aux hospitalisations lorsqu'elles sont jugées non pertinentes ➤ Réduire le nombre d'hospitalisations non pertinentes ➤ Contrer l'augmentation des lits hospitaliers ➤ Éviter le déclin fonctionnel iatrogène ➤ Créer une unité de séjours de courte durée (<48h) ➤ Favoriser une collaboration directe et active avec les équipes mobiles du Nord vaudois
Procédures en amont et en aval des lits temporaires	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Favoriser une orientation efficiente dans le système de soins grâce à des accords avec les différents partenaires du système de santé (accès en CTR, EMS, CMS) ➤ Développer des procédures afin de favoriser une accessibilité aux différents spécialistes ➤ Définir des critères d'admission dans les lits temporaires ➤ Renforcer les prises en charge en amont et en aval des lits temporaires

Réalisations du projet initial

2018

Étude, sur une semaine, des dossiers des personnes hospitalisées suite à leur passage aux urgences (22% d'hospitalisation jugées non pertinentes selon les critères définis) ([Voir le rapport](#)) ([voir le test de détection février 2019](#))

2018 - 2019

Recherche documentaire, élaboration de processus et procédures de travail, préparation du « tag » aux urgences (identification des patients dont l'hospitalisation est jugée non pertinente et test des procédures et processus d'orientation) ([Voir la synthèse](#))

2020

Projet mis en suspens pour cause de crise sanitaire COVID et départ du chargé de projet, le tag prévu sur six mois n'est qu'amorcé mais pas réalisé. ([Voir le rapport d'organisation du projet TAG](#))

Relance du projet

Le sujet des hospitalisations non pertinentes étant toujours d'actualité et le projet étant régulièrement évoqué par ses acteurs, il est convenu, fin 2021, de le relancer sur le site d'Yverdon.

Étapes

2021

En août et septembre, reprise des travaux avec un nouveau groupe composé de :

- ✓ Dr Giorgio Maccaferri, Adjoint chef de service SPANO – DP CHUV
- ✓ Dr Julien Ombelli, Directeur médical eHnv
- ✓ Elisabeth Lacroix, Directrice des soins eHnv
- ✓ Yves Kühne, Directeur RSNB
- ✓ Claire Neuville Kopp, Responsable BRIO (RSNB)
- ✓ Christine Perrenoud, Cheffe de projet RAU (RSNB)

Décision est prise de réactiver le projet, mais avec une envergure réduite, car l'architecture des locaux ne permet pas la création d'une unité de lits temporaires avant la construction d'un nouveau bâtiment hospitalier. Le projet est restreint au tag et au processus en amont et en aval des urgences ou de l'hospitalisation.

2022

- **Avril-juin** : Étude et révision des documents existants, définition d'objectifs restreints, préparation du tag aux urgences, information et communication avec les cadres et équipes concernés
- **Juillet-août** : tag aux urgences
- **Septembre-octobre** : analyse des résultats, séance décisionnelle du GT, élaboration du rapport
- **Novembre-décembre** : processus de validation RSNB

Objectifs du projet à sa relance

- Recenser les hospitalisations non pertinentes à l'hôpital d'Yverdon suite au passage aux urgences
- Identifier des solutions permettant d'éviter le recours aux urgences depuis les lieux de vie (EMS)
- Identifier des procédures d'orientation rapide depuis les urgences afin d'éviter un transfert en stationnaire
- Fournir une aide à la décision s'agissant de créer ou non une future unité de LT

Moyens déployés

- Chargée de projet (Patricia Dubey, infirmière des flux, eHnv) d'avril à septembre 2022
- Infirmière des urgences en soutien au tag de juillet à août 2022 (Jeanne Wittwer)
- Collaboration du service des urgences (eHnv Yverdon) pour le tag
- Soutien et supervision par la cheffe de projet RAU/RSNB

Préparation du tag

Documentation, procédures et outils de travail

- Étude de la documentation élaborée lors du projet initial (voir point Réalisations du projet initial)
- Actualisation de la Procédure de tag, comprenant le rôle de tous les intervenants ([Voir Procédure hospitalisation inappropriée](#))
- Collaboration étroite avec Didier Delley, responsable des flux aux eHnv, pour l'informatisation de la documentation
- Réactivation sans modification des critères de tag initiaux ([voir Rapport d'organisation – projet TAG/GG](#)) par souci de continuité. Distribution au service des urgences d'une carte tenant dans la poche avec tous les critères d'inclusion et d'exclusion

- Mise en place d'un registre du tag aux urgences ([Voir le registre des patients TAG-Urgences](#))
- Révision de l'information à donner et des moyens de communications
- Apposition d'un identifiant au lit du patient « tagué » hospitalisé et sur le tableau de soins « valrex » dans les services, principalement en médecine, mais aussi en chirurgie et en orthopédie
- Afin d'élargir la vision de lits temporaires, des comparaisons ont été effectuées avec l'UHCD de Neuchâtel et le projet LATM développé à UNISANTE

Rencontres de travail (présentation et organisation)

Afin de s'assurer de la compréhension du sens, des objectifs, du déroulement du projet et de son adhésion, la chargée de projet a rencontré entre avril et juin :

- Le directeur médical des eHnv, Julien Ombelli et la directrice des soins des eHnv, Elisabeth Lacroix, avec la cheffe de projet
- Les deux médecins chefs des services principalement impliqués : le Dr Jean-Christophe Laurent, médecin chef du service de médecine d'Yverdon et la Dresse Monica Pagin, médecin-chef de service des urgences
- Les cadres des équipes soignantes de tous les services concernés, afin de leur présenter le projet avec la procédure à suivre par les équipes soignantes, et parler de son impact sur les services en termes de charge de travail
- L'infirmière cadre de proximité du service des urgences, Fanny Giroud
- L'infirmière chargée du projet psychiatrie de liaison spécialisée, Joëlle Villars
- La responsable des infirmières de liaison/BRIO (IDL), Muriel Piot
- La responsable de l'Équipe 24 de l'ASPMAD, Virginie Ricciuti
- La médecin responsable de la permanence du PRS, Lisa Sosolic Zumschlinge
- Divers collaborateurs amenés à collaborer avec le projet
- Les soignants du service des urgences au cours d'un colloque de service. ([Voir la présentation TAG service des urgences – juin 2022](#))

Période du tag aux urgences

Le service des urgences s'est fortement investi dans la réalisation de ce projet malgré un travail conséquent et un flux très important de patients.

Il a été soutenu au quotidien par la chargée de projet et l'infirmière du service nommée pour la période du tag.

Méthode

Chaque fois qu'un patient est « tagué » selon les critères définis, l'appréciation clinique du personnel soignant et la décision du médecin sont consignées dans le registre. Les éléments relevés, complétés par des extraits du dossier SOARIAN ont permis à la chargée de projet et l'infirmière des urgences de procéder à l'analyse des situations. L'appréciation définitive de la pertinence de l'hospitalisation a ainsi été effectuée en fin de séjour, sur la base de :

- l'identité, le sexe, l'âge
- le jour et l'heure d'entrée dans le service
- le motif de la consultation

- le type du cas
- le moyen par lequel le patient est arrivé aux urgences
- la raison pour laquelle le patient a dû être hospitalisé
- le nombre de jours d'hospitalisation en A
- le délai d'attente en A avant le transfert ailleurs (domicile ou autre)
- le délai d'attente avant une orientation par l'IDL (Infirmière de liaison)
- l'existence d'un suivi à domicile par un CMS ou un autre prestataire
- les orientations initiale et finale du patient

Pour chaque patient hospitalisé plus de 48h, l'analyse a été complétée par l'étude de :

- l'entrée médicale
- le suivi dans le service
- les notes de l'IDL
- les notes de sortie
- le lieu de sortie et son motif

Résultats

Entre les mois de juillet et d'août 2022, trente-trois patients ont été « tagués ». Ils sont recensés dans le document ([Voir le recensement et étude des cas](#)).

La première partie de ce document résume en deux tableaux les cas « tagués » hospitalisés moins de 48 heures, et plus de 48 heures.

La seconde partie de ce document consiste en une réévaluation, faite à la sortie, de la pertinence de chaque hospitalisation.

Sur un total de 33 patients « tagués » :

- 15 patients ont été hospitalisés moins de 48 heures, et toutes ces hospitalisations se sont révélées non pertinentes
- 18 patients ont été hospitalisés plus de 48 heures : 6 hospitalisations ont finalement été jugées pertinentes, et 12 non pertinentes

Un recensement complémentaire a révélé que, durant la même période, 36 autres patients ont été hospitalisés (médecine, chirurgie et orthopédie) en attente d'une hospitalisation A en Réadaptation gériatrique aigue (RGA) à Chamblon. Ce recensement non prévu initialement n'a pas fait office d'une analyse de cas, mais montre que 63 jours d'hospitalisation ont été causés par ces attentes.

Analyse

Typologie

Les principaux éléments retenus sont les suivants :

- La grande majorité des patients sont âgés de plus de 80 ans et consultent aux urgences pour des motifs divers, mais majoritairement pour des problèmes liés à l'âge (Chutes, baisse de l'EG, déshydratation...), qui aboutissent, le cas échéant, à des hospitalisations en médecine.
- Un seul patient présente un problème d'ordre psychiatrique.
- La plupart des patients sont arrivés seuls ou conduits par leur entourage, mais certains sont arrivés en ambulance.

- Les consultations en urgence sont réparties de manière homogène sur les jours de la semaine, mais ce sont les patients arrivés les vendredis, samedis et dimanches qui induisent le plus de journées d'hospitalisation dans l'attente d'un transfert dans un service spécialisé ou d'une orientation par l'IDL.

Les autres éléments mentionnés sous « Méthode » n'apportent pas de résultat significatif, au vu du nombre restreint de patients.

Commentaires

La totalité des hospitalisations de moins de 48h (tableau 1 du recensement des cas) sont considérées comme non pertinentes. Le chiffre de 15 patients concernés ne permet pas de tirer des conclusions de portée générale, mais montre qu'il existe une tendance à consulter aux urgences sans motif grave, et sans avoir identifié ou eu recours à des alternatives.

L'identification des patients a de plus montré qu'une quantité non négligeable de consultations aux urgences n'ayant pas débouché sur une hospitalisation pourraient être évitées si les personnes concernées avaient pu avoir recours à une solution alternative.

En tant qu'alternative, on pense avant tout à un appel au médecin de garde (via la CTMG), avec ou sans recours à l'équipe mobile infirmière de l'ASPMAD (Équipe 24/24). Mais il faut aussi prendre en considération d'autres moyens de prévention et d'anticipation comme les directives anticipées ou les protocoles de soins en EMS, qui peuvent éviter une hospitalisation inutile.

Parmi les hospitalisations jugées non pertinentes (toutes durées confondues), 10 d'entre elles sont motivées par l'attente d'une place en CTR ou en RGA. Elles s'ajoutent aux 36 mentionnées ci-dessus, ce qui soulève la question des modalités d'accès à ces services, considérées comme trop limitées par les services demandeurs. Il est clair toutefois que les possibilités d'accès actuelles (5 jours sur 7) ne peuvent être étendues faute de moyens financiers et de ressources humaines, notamment de spécialistes disposés à travailler 24h/24h et 7j/7.

Les personnes arrivées aux urgences un vendredi en fin de journée ou le week-end ne peuvent de toute façon pas être admises avant le lundi dans ces services spécialisés, ce qui induit de fait des journées d'hospitalisation qui pourraient être évitées. Cet état de fait démontre une des limites du système actuel, et la question reste de savoir par quel moyen parvenir à diminuer le temps d'attente de ces transferts.

A cela s'ajoute le fait que les patients COVID+ n'étaient pas admis sur le site de Chamblon durant cette période, mais uniquement sur celui d'Orbe. Cela a eu pour conséquence de prolonger leur attente en lit A, principalement en médecine, mais également en chirurgie et en orthopédie.

A noter que, dans cette étude, l'estimation de la pertinence de l'hospitalisation s'est faite aux urgences selon les critères prédéfinis. Certaines hospitalisations de patients « tagués » se sont par la suite révélées pertinentes, essentiellement en raison d'une évolution défavorable imprévisible (par exemple le cas 17 du recensement). Pour d'autres cas, la situation n'était pas claire à l'entrée, comme par exemple le cas 6 des hospitalisations de plus de 48 heures, pour lequel une évaluation médicale et une évaluation chirurgicale faites séparément ont abouti à des conclusions différentes.

On mentionnera aussi des cas anecdotiques, comme celui d'une patiente, amenée par sa fille aux urgences, qui aurait pu rentrer à domicile mais a dû être hospitalisée au vu de l'état d'ébriété manifeste de son accompagnante.

Constats généraux décrits par le personnel des urgences

- La porte des urgences représente, pour beaucoup de patients, un passage facile, sécurisé, rassurant : les soins y sont rapides, sûrs et efficaces

- La prise en charge à domicile paraît plus compliquée et moins rassurante pour le patient. Il se sent moins en confiance de ne pas bénéficier d'une présence immédiate mais de devoir attendre d'être rappelé par le médecin de garde ou l'Équipe 24/24
- Alors que la chaîne de soins est bien rôdée, les compétences sont présentes dans la communauté, mais manquent de visibilité
- Le tournus élevé des équipes hospitalières et extrahospitalières nécessiterait que la collecte et la transmission des informations soient améliorées
- Au sein de la population, il y a un manque de connaissances et d'informations concernant l'offre en soins, les services à appeler, les possibilités de demander de l'aide tout en restant à la maison.
- Du côté hospitalier, on observe aussi, chez les professionnels, un manque d'informations concernant le système de soins dans son ensemble, et notamment les possibilités de prise en charge à domicile.
- Les soignants ont l'impression que, parfois, les médecins de premier recours se déchargent sur les urgences, mais l'analyse montre que, le plus souvent, les cabinets ne disposent pas du plateau technique nécessaire à traiter les patients qu'ils réfèrent aux urgences.
- Ce projet demande une réflexion large, incluant tous les professionnels et structures de la santé (hôpitaux, médecins traitants, permanences, soins à domicile, CAT, EMS, etc.). Chaque institution devrait être informée du cahier des charges, des compétences et des capacités des autres. Une mise en commun des difficultés de chacun en toute transparence induirait une meilleure compréhension mutuelle et permettrait d'améliorer la collaboration entre les institutions.

Principales difficultés rencontrées au quotidien par le personnel des urgences

Les principales difficultés rencontrées au quotidien par les soignants ont été relevées dans le tableau ci-dessous et discutées dans la séance du groupe de travail du 26 septembre 2022. Les pistes d'amélioration proposées ne sont pas toutes réalisables, **mais illustrent la vision des soignants face à ces difficultés.**

Difficultés rencontrées	Pistes d'améliorations	Commentaires du GT Séance du 26 sept 2022
Situation soir ou nuit → retour à domicile difficile à organiser	Promouvoir l'activité de l'Équipe 24 Anticiper les potentielles hosp. non pertinentes dès l'arrivée aux urgences Augmenter les possibilités transferts directs en CTR, RGA ou SP	Oui Pas possible, manque ressources financières et humaines
Orientation et liaison entre l'hôpital et le domicile à améliorer	Le jour, sur appel, utiliser les compétences des IDL pour décharger les urgences. Revoir les possibilités de collaboration avec les IDL La nuit = Équipe 24	Oui, mais ressources limitées des IDL, à solliciter pour situations complexes seulement Oui
Hosp. pour baisse de l'état général, surtout soir et nuit	Bilan au préalable chez le médecin TTT, avec CMS Hospitalisations directes en RGA, CTR, CS	Plateau technique = bilan aux urgences souvent nécessaire Pas d'hosp directes soir et nuit possibles dans les conditions actuelles
Transferts depuis EMS	Directives anticipées	Pas d'actions possibles au niveau

avec problématique qui pourrait être gérée sur place	Mobiliser Equipe 24 Mise en place protocoles de soins en EMS (éviter arrivée « facile » aux urgences)	du présent projet
Patients nécessitant un bilan somatique avant une consult/hosp au CPNVD	Évaluer nécessité bilan somatique aux urgences eHnv avant consultation au SPANO	Ces bilans somatiques restent nécessaires car CPNVD pas outillé pour ce type d'évaluations, également pour patients avec pathologies chroniques déjà diagnostiquées
Pas de médecin, ou choix de ne pas l'appeler, ou pas de RDV possible	Information-communication avec la population Renforcer permanences et cabinets médicaux Améliorer la collaboration entre médecins internes et externes, qui ne doivent pas se décharger sur les urgences	Les médecins en cabinet n'ont pas le plateau technique, pas d'actions possibles en l'état
Manque de disponibilité de la permanence du PRS	Prioriser les urgences des degrés 3 et 4, augmenter la capacité d'accueil Fréquence de consultations le soir par les médecins de ville à renforcer	Double mission de la permanence du PRS à respecter Organisé les dimanches et jours fériés en plus, dès janvier 2023

L'équipe des urgences s'est beaucoup impliquée dans la démarche de tag, malgré un flux tendu et une charge de travail importante en tout temps. Cela démontre son désir de voir la situation actuelle s'améliorer, avec des mesures visant à limiter les arrivées aux urgences non pertinentes. **Il est prévu, et attendu, qu'un retour leur soit donné sur les résultats du projet.**

Recommandations du rapport

Lors de sa séance du 26 septembre 2022, le groupe de travail a émis les recommandations suivantes :

A court terme

- Renforcer la collaboration entre le service des urgences et l'Équipe 24 pour une prise en charge rapide depuis les urgences

A moyen et long terme*

- Chercher des solutions pour créer et tester une unité de lits temporaires (un ou deux lits) avant la nouvelle construction, dans une configuration à déterminer

A long terme*

- Créer une unité de deux à quatre lits temporaires dans la construction des eHnv du Futur

*Création d'une unité de LT : questions à aborder posées par le groupe de travail

En vue de la création d'une unité de LT, les questions suivantes seront à aborder :

- Définition de la mission de ces lits, de leur statut et de leur financement.
- Ajustement des critères d'inclusion et d'exclusion en tenant compte des résultats du projet (entre autres, prise en compte éventuelle des attentes de placement en long séjour ou de place en RGA ainsi que de critères psychiatriques)

- Clarification de la notion de lit non médicalisé, et définition de l'organisation requise.
- Clarification de la responsabilité médicale (service des urgences ou médecin extérieur?)
- Définition de la durée maximale du séjour en LT : 24h ou 48H ?
- Prise en compte du fait que le flux de patients est variable, ce qui se répercute sur le taux d'occupation.
- Les patients doivent-ils être adressés dans un LT seulement depuis les urgences ou la permanence du PRS, ou aussi directement par le médecin traitant pour une observation/surveillance médicale, une évaluation spécialisée ou afin d'organiser une orientation ?

Au cas où une solution pourrait être trouvée pour mettre en place un ou deux lits temporaires à moyen terme, le budget pour la chefferie de projet et le pilotage a été maintenu pour 2023 (voir tableau financier en page 3).

Validation et questionnements du Comité spécialisé et du Bureau Nord

Le rapport et ses recommandations ont été validés en décembre 2022 par le Comité spécialisé² et le Bureau Nord³.

La recherche d'alternatives au placement est plus que jamais d'actualité, mais ce sont les moyens et les ressources qui manquent pour concrétiser la mise en place d'une unité de lits temporaires. Le Bureau Nord recommande néanmoins la poursuite de la réflexion à propos des questions suscitées par le présent rapport, telles que résumées ci-après.

En amont de l'hospitalisation

Contexte préhospitalier

- Pourrait-on faire en sorte que tous les recours à l'ambulance n'aboutissent pas à l'hôpital ?
Il faudrait pour cela que les grilles d'évaluation du Centre de Secours et d'Urgences du Nord Vaudois et de la Broye (CSU-nvb) et des urgences soient harmonisées en tenant compte **du système dans son ensemble**.
Il faudrait également que des **solutions alternatives** au transport aux urgences soient développées.
- Pourrait-on imaginer **d'autres moyens que l'ambulance** pour acheminer des patients vers l'hôpital ou vers le domicile dans le but d'éviter une rétention de patients aux urgences?
- Pourrait-on intégrer des **Rapid Responders** dans la RAU (urgences non vitales).
- Comment mieux exploiter les **directives anticipées en EMS** qui, lorsqu'elles existent, peuvent amener à renoncer à des hospitalisations?

Contexte extrahospitalier

- Les **médecins extrahospitaliers** n'ont pas été représentés dans le groupe de travail, alors qu'ils sont pourtant les premiers pourvoyeurs de ces patients dont l'hospitalisation n'est pas nécessaire. Comment réparer cet oubli ?

² Le Comité spécialisé est composé de directeurs, ainsi que de directeurs médicaux et des soins d'institutions partenaires (ASPMAD, eHnv, EMS, PHNVB, CSU-nvb, CHUV) et de responsables de dispositifs du RSNB

³ Le Bureau Nord est composé de directeurs et directeurs généraux des eHnv, de l'ASPMAD, du RSNB, du SPANO, du RSNB, d'EMS et d'EPSM, du PSVJ et du RSBJ

- Il **manque de plus en plus de médecins de famille** pour s'occuper des patients à domicile, alors qu'ils sont souvent à même d'éviter des hospitalisations. Cette pénurie allonge le temps de réponse et incite les proches aidants fatigués à recourir aux urgences.

De nouveaux dispositifs communautaires médicalisés (par exemple par des chefs de clinique), pourraient-ils venir en soutien des médecins installés ?

- Quelle serait la faisabilité d'une **campagne d'information** concernant les possibilités d'aide en cas d'urgence non vitale ?
- Quels sont les facteurs **extrahospitaliers** qui font que des patients sont adressés à l'hôpital sans les critères requis, mais dont le maintien à domicile est néanmoins impossible? Ce regard supplémentaire émanant du terrain permettrait de réaffirmer la nécessité de lits temporaires, avec des arguments communs à l'hospitalier et à l'extrahospitalier. Cela permettrait aussi de préciser à quels besoins doivent répondre ces lits.
- Le médecin de garde pourrait-il éviter des hospitalisations grâce à une **harmonisation des pratiques RAU** dans les différentes zones de garde, à une meilleure information sur les compétences et le matériel des équipes 24/24, et à un numéro central d'engagement de ces équipes ?
- La poursuite des réflexions ne devrait-elle pas partir du principe que, lorsqu'un patient franchit le seuil des urgences, c'est qu'il n'avait pas, sur le moment, de meilleure solution et **qu'il faut dès lors travailler à lui éviter une hospitalisation non-pertinente** ?
- Globalement, la question de savoir comment on aurait pu éviter à une personne de franchir le seuil des urgences n'est-elle pas un **projet qui devrait être mené dans la communauté** et non à partir des urgences ?

En aval de l'hospitalisation

- Un problème évident se situe **en aval** de l'hospitalisation avec le manque d'accès à la destination prévue pour le patient.
- Ne faudrait-il pas tenir compte, pour la suite, **des développements en cours**, notamment pour ce qui est des veilles et présences à domicile ou des courts-séjours de décharge ?
- Faut-il travailler sur l'idée d'un lieu dans lequel on pourrait se donner le temps (24-48 h) pour **définir et mettre en place une prise en charge renforcée**, à domicile, en EMS, en CTR ou ailleurs ?

Fonctionnement des lits temporaires

- Quels sont les moyens à déployer pour éviter que ces lits d'attente ne deviennent un « **dépôt de patients** » au parcours médical incertain ?
- Une unité de lits temporaires pourrait-elle fonctionner **hors du site hospitalier**, par exemple dans un EMS ? Des médecins de cabinet pourraient-ils assurer ce suivi très particulier ?

Questionnements sur le déroulement du projet et l'élaboration du rapport

- Le chiffre de 33 patients est modeste. Le rapport ne prétend toutefois pas mener à des conclusions statistiques, mais seulement **illustrer les besoins et les manques** dans le système actuel de santé, tant en amont qu'en aval de l'hospitalisation ; il ouvre la porte à une poursuite des réflexions.
- Un thème comme celui-ci ne mériterait-il pas d'être étudié sous l'angle du **ratio d'efficacité** entre les ressources et les résultats ?
- Dans une poursuite de la démarche, des données complémentaires à l'analyse fournie pourraient-elle être envisagées, telles que :
 - Le **rapport** entre le nombre de patient arrivant aux urgences et le nombre d'hospitalisations ?

- L'analyse par **suivi de cas** qui permettrait de prendre en compte, malgré tout, l'utilité qu'a eue l'hospitalisation pour faire un bilan fin de la situation du patient.
- Un **suivi dans le temps** du patient qui est renvoyé des urgences à son domicile (hospitalisation non justifiée) pour se faire la preuve que réellement le potentiel bénéfice d'une hospitalisation de courte durée était non fondée ?

En conclusion

Le Bureau Nord demande que les démarches continuent pour chercher des solutions alternatives à l'arrivée aux urgences et à l'hospitalisation.

Des réflexions sont souhaitées pour :

- En amont, mieux prévenir l'arrivée aux urgences depuis le communautaire, et proposer des actions à mettre en place en tenant compte des questions et remarques formulées ci-dessus.
- En aval, soit après l'arrivée aux urgences avec ou sans hospitalisation, repenser la collaboration avec l'Équipe infirmière 24/24 ou la garde médicale.
- Continuer à développer le concept et le fonctionnement de futurs lits temporaires en anticipant le moment où leur création effective sera possible.

Le Bureau Nord confie au Comité spécialisé la mission de prioriser les thèmes à traiter, de les examiner en séances thématiques, et de revenir avec des propositions. Trois à quatre séances sont prévues en 2023 à cet effet.