



R a p p o r t
a n n u e l

e t
S t a t i s t i q u e s
d ' a c t i v i t é s
d u B R I O

2 0 1 1

TABLE DES MATIERES

1	GLOSSAIRE	4
2	SYNTHESE	6
3	ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT	8
3.1	Membres et organes du réseau	8
3.1.1	Adhésion de nouveaux membres associés	8
3.1.2	Nouveaux représentants des communes au Comité	8
3.1.3	Confirmation du choix de l'organe de contrôle	8
3.1.4	Rencontre avec les directions des EMS	8
3.2	Direction et cadres	8
3.2.1	Renouvellement des cadres	8
3.2.2	Organisation infirmière	8
3.2.3	Infirmières ressources	9
3.2.4	Organisation administrative	9
3.3	Ressources humaines	10
3.3.1	Dotations (en EPT)	10
3.3.2	Mouvements	10
3.3.3	Âge moyen	10
3.3.4	Absentéisme	10
3.3.5	Formation	10
3.3.6	« Polypoint » (PEP)	11
3.4	Finances	11
3.4.1	Budget et comptes 2011	11
3.5	Système d'information	13
3.5.1	Projet ICARE et BRIOCHE-WEB	14
3.5.2	Projet d'hébergement commun à l'ensemble des réseaux de soins pour BRIOCHE-WEB et ses applications connexes	14
3.5.3	Projets liés à la mise en œuvre de la Cybersanté	14
3.5.4	Participation à différents autres projets liés au système d'information	15
3.5.5	Elargissement de la cellule Système d'information de la CORES	15
3.6	Qualité	15
3.7	Communication	15
3.7.1	Lettres d'information	15
3.7.2	Participation des BRIOs au Comptoir suisse	16
3.7.3	Participation du BRIO à l'émission de Temps présent : « Comment je suis entré en EMS »	16
3.7.4	Préparation du Forum ARCOS 2012	16
3.8	Infrastructures	16
4	RELATIONS AVEC LES SERVICES DE L'ETAT	17
5	ACTIVITES DU BRIO	18
5.1	Statistiques	18
5.1.1	Activité du BRIO dans son ensemble	18
5.1.2	Activité concernant les longs séjours en EMS	22
5.1.3	Activité concernant les courts séjours en EMS	25
5.2	Activités et projets	26
5.2.1	Lutte contre l'engorgement	26
5.2.2	Planification des lits de long séjour	26
5.2.3	Ouverture de lits de long séjour	26
5.2.4	Critères de priorisation des demandes de longs séjours	26
5.2.5	Ouverture de lits de réadaptation	26
5.2.6	Projet REAGER READOM	26

5.2.7	Retour à domicile le samedi	27
5.3	Directive BRIO	27
5.3.1	Gestion des lits de courts séjours.....	27
5.3.2	Mission informative du BRIO	27
5.4	Autres projets.....	27
5.4.1	Organisation des colloques de liaison en médecine	27
6	ACTIVITE DES FILIERES	29
6.1	Filière Soins palliatifs.....	29
6.1.1	Actions de formation	29
6.1.2	EMSP	30
6.1.3	PROPAL 2015: le projet d'amélioration du dispositif en soins palliatifs sur ARCOS.....	30
6.2	Filière psychiatrie de l'âge avancé.....	31
6.2.1	Les formations aux entretiens de réseau	31
6.2.2	Les stages interinstitutionnels	31
6.2.3	Les transferts entre l'hôpital, les structures d'hébergement et le domicile.....	31
6.2.4	Le plan cantonal Alzheimer et le Centre-mémoire du CHUV	32
6.3	Filière psychiatrie communautaire	32
6.3.1	Collaboration Hôpital-CMS.....	32
6.3.2	Collaboration Hôpital-Hébergement.....	33
6.3.3	Filière cantonale d'hébergement	34
6.4	Filière gériatrie communautaire.....	34
6.5	Programme cantonal diabète (PcD)	35
6.6	Cellule HPCI	35
6.6.1	Activités principales des membres de la Cellule régionale HPCI ARCOS.....	35
6.6.2	Formations.....	36
6.6.3	Consultations et demandes ponctuelles	36
6.6.4	Formation Hygiène de Base pour le nouveau personnel des EMS et CMS.....	36
7	LISTE DES MEMBRES AU 31 DECEMBRE 2011	37
7	COMPOSITION DU COMITE ET DU BUREAU EXECUTIF AU 31 DECEMBRE 2011	39
7.1	Comité.....	39
7.2	Bureau exécutif.....	39
8	COMPTE 2011.....	40

ALSMAD	Association lausannoise pour les soins et le maintien à domicile
ANC/PAM	Avis de non-conformité/Proposition d'amélioration
AOC	Unité d'Accueil-Observation et Crise, Cery
APREMADOL	Association pour la prévention et le maintien à domicile dans l'ouest lausannois
APROMAD	Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile
ARC	Association des réseaux de soins de la Côte pour le BRIO
ARCOS	Association « Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise »
AS	Assistant.e social.e
ASAD	Associations d'aide et de soins à domicile
ASCOR	Association de soins coordonnés de la Riviera et du Pays d'Enhaut
AVASAD	Association vaudoise d'aide et de soins à domicile
BRIO	Bureau régional d'information et d'orientation
CAS	Certificat d'Etudes Avancées
CCT	Convention collective de travail dans le secteur sanitaire parapublic vaudois
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIPEPS	Collège international pour l'évolution des pratiques de soins
CMLH	Case manager de liaison hébergement
CMS	Centre médico-social
CMT	Case management de transition
COFIL PAM	Comité de pilotage « Propositions d'amélioration »
CORES	Coordination des réseaux de soins vaudois
CPP	Commission paritaire professionnelle
CS	Court séjour
CTR	Centre de traitement et de réadaptation
CUTR	Centre universitaire de traitements et de réadaptation
DAS	Diplôme d'études avancées
DMST	Document médico-social de transmission
DMT	Document médical de transmission
DP-CHUV	Département de psychiatrie du CHUV
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale
ELADEB	Echelle lausannoise d'autoévaluation des difficultés et des besoins
EESP	Haute Ecole de travail social et de la santé
EMS	Etablissement médico-social
EMSP	Equipe mobile de soins palliatifs
EPT	Equivalent plein temps
FAP	Formation d'accompagnateur en psychiatrie de l'âge avancé
FHVi	Fédération des hôpitaux vaudois informatique
FNS	Fonds national de la recherche scientifique
FSASD	Fondation des services d'aide et de soins à domicile, Canton de Genève

Géri-A-Com	Projet Gériatrie ambulatoire et communautaire
Groupe Equer	Groupe opérationnel formé de responsables/agents qualité
Heds	Haute Ecole de la santé de la Source
HEIG Vaud	Haute Ecole d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud
HPCI	Hygiène, prévention et contrôle des infections
IC	Infirmière-chef
ICARE	Projet Indicateurs des réseaux de soins
IDL	Infirmier.ère de liaison
IRSP	Infirmier.ère ressource en soins palliatifs
LAMal	Loi sur l'assurance maladie
LAVS	Loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants
Lit A	Lit de soins aigus
Lit B	Lit de soins de réadaptation
Lit C	Lit de soins chroniques (hébergement EMS)
LPFES	Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires
LS	Long séjour
LSP	Loi sur la santé publique
MRSA	Staphylocoque doré résistant à la métilcilline
OSAD	Organisation soins à domicile
PAA	Psychiatrie de l'âge avancé
PCD	Programme cantonal diabète
PCSI	Pôle de compétence système information
PIMEMS	Programme d'investissement et de modernisation des EMS
PLAFA	Placement à des fins d'assistance
PMU	Policlinique médicale universitaire
RAI	Méthode d'évaluation pour les services à domicile
RH	Ressources humaines
RNB	Association du Réseau de soins de la Broye et du nord vaudois
SAR	Soins aigus et réadaptation
SAS	Soins aigus aux seniors (filère et unité)
SASH	Service des assurances sociales et de l'hébergement
SPA2	Formation soins palliatifs, niveau A2
SPAH (de la Paix du Soir)	Structure de préparation et d'attente à l'hébergement
SSP	Service de la santé publique
SUPAA	Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé
UNIL	Université de Lausanne

ARCOS Association « Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise »
Rue du Bugnon 4 – 1005 Lausanne
Tél. 021 341 72 50 – Fax. 021 341 72 51 – Mail : Reseau.arcos@arcos.vd.ch
Site web : www.arcosvd.ch

2011 a été une année mouvementée pour les collaborateurs et les cadres du Bureau régional d'information et d'orientation (BRIO), année marquée par une forte augmentation de l'activité et de la charge de travail et un encadrement de terrain insuffisant. Face à cette problématique, le bureau exécutif du réseau a initié une réflexion de fond qui démarrera en 2012 et devrait permettre une amélioration de la situation axée sur trois éléments : le renforcement de la gouvernance infirmière, la sectorisation du BRIO en unités de taille réduite et plus autonomes et l'analyse du poste et du rôle de l'infirmière de liaison (IDL). En parallèle, le BRIO a renforcé l'équipe des infirmières de liaison (IDL) en engageant quatre collaborateurs supplémentaires et poursuivi ses efforts pour développer leurs formations spécialisées. Sur un autre plan, une expertise a été demandée à la Haute Ecole d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud (HEIG) afin d'analyser l'organisation administrative d'ARCOS et sa capacité à répondre aux besoins internes. Les résultats de cette réflexion amèneront une réorganisation du secteur administratif dans le courant 2012.

Contrairement à l'année précédente, le résultat global d'ARCOS affiche un excédent de charges pour un montant de Fr 115'312. Ce résultat provient pour l'essentiel de la décision de l'Assemblée générale de financer par les réserves de l'Association les demandes de réallocation pour le dispositif permanent non retenues par le Conseil d'Etat et de la constitution d'une provision pour l'aménagement des locaux réalisés au Bugnon 4 au printemps 2012.

La cellule système d'information de la Coordination des réseaux de soins vaudois (CORES) a en premier lieu poursuivi et consolidé les projets initiés en 2010 : pour le projet ICARE, la mise en œuvre du système d'information permettant d'exploiter les indicateurs de pilotage des BRIOs définis et sélectionnés en 2010, pour le projet Mercure, l'envoi électronique du document médico-social de transmission (DMST) à de nouveaux établissements médicaux-sociaux (EMS), toujours à titre pilote, pour le projet Venus, le déploiement de l'envoi électronique du DMST depuis plus de 30 services hospitaliers vers les BRIOs, pour ces deux projets le lancement d'une étude d'impact. Par ailleurs, les bases de données des 7 instances BRIOCHE-WEB du canton ont été regroupées au CHUV dans une perspective d'harmonisation, de rationalisation et de réduction des coûts d'hébergement.

La relance de la démarche qualité depuis l'année 2009 a permis de développer l'utilisation des avis de non-conformité et son extension aux EMS du réseau.

Une démarche de communication a été entreprise auprès du grand public pour mieux faire connaître le rôle des BRIOs et des infirmières de liaison, dans le cadre du Comptoir suisse et d'une émission de Temps présent intitulée « Comment je suis entré en EMS ». Par ailleurs, la rédaction de 4 lettres d'information a permis d'améliorer la communication auprès des membres et des collaborateurs d'ARCOS.

Pour la seconde année consécutive, l'activité du BRIO a fortement augmenté (+ 4.5% en 1 an, + 12.8% en 2 ans). Les demandes d'hébergement en long séjour ont également fortement augmenté (+ 6.6%) tandis que le nombre de lits annoncés par le réseau diminuait de 5.4% en raison de la douceur des conditions météorologiques et ce, malgré l'augmentation de la capacité en lits du réseau (+ 70 lits). Conséquence : une forte augmentation pendant l'année 2011 des demandes d'hébergement en attente (+100). Au niveau des courts séjours en EMS, on assiste à une diminution régulière du taux d'occupation moyen qui passe de 86% en 2009 à 81% en 2011 en raison d'une activité de plus en plus fluctuante.

La lutte contre l'engorgement du réseau s'est poursuivie en 2011, avec l'ouverture de lits de long séjour (56 lits à l'EMS Bois Gentil et 14 lits à la Fondation de l'Orme), avec l'élaboration de critères de priorisation des demandes de longs séjours communs aux cinq BRIOs, avec l'ouverture de 10 lits de réadaptation à Sylvana et avec la préparation d'un projet de filière coordonné de réadaptation hospitalière (REAGER) et à domicile (READOM).

L'harmonisation des pratiques des cinq BRIOs du canton définie dans le cadre de BRIO II, s'est poursuivie en 2011 avec l'augmentation du nombre de lits de court séjour gérés par le BRIO et avec la création d'un groupe de travail cantonal chargé de développer la mission informative des BRIOs.

L'année 2011 a vu la poursuite des projets lancés en 2010 dans le cadre des filières de soins:

- Pour les soins palliatifs : le développement des trois axes prioritaires du projet PROPAL, en particulier l'amélioration du dispositif des infirmières ressources. Par ailleurs les activités de formation et les activités cliniques se sont largement développées.
- Pour la psychiatrie de l'âge avancé : l'amélioration et l'extension des formations aux entretiens de réseaux, la restructuration des stages interinstitutionnels. De nouvelles réflexions ont également été lancées pour améliorer les transmissions d'information et les transferts de patients entre l'hôpital, les

structures d'hébergement et le domicile, et pour mettre en œuvre le plan cantonal Alzheimer et ouvrir le Centre-mémoire du CHUV début 2013.

- Pour la psychiatrie communautaire adulte : le développement de la collaboration Hôpital – CMS par des mesures ciblées (stages, formations, situations partagées, rencontres, colloques), la poursuite de l'expérimentation d'une gestion de cas de liaison entre l'hôpital et les structures d'hébergement et la participation à la création d'une filière psychiatrique, plus particulièrement d'un dispositif d'orientation.
- Pour la gériatrie communautaire : le développement des quatre volets, du projet Géri-A-Com, soit la consolidation de la consultation ambulatoire et communautaire, la poursuite de la collaboration gériatrique dans les EMS court-séjour d'ARCOS, le développement d'un modèle de collaboration médecin de premier recours (PMU) et infirmier spécialisé, la collaboration avec les CMS autour de la mise en œuvre du RAI.
- En 2011, le réseau ARCOS s'est impliqué dans la mise en œuvre d'un nouveau programme cantonal : le programme diabète, en mettant en place une coordination régionale et en organisant un forum régional.
- La cellule régionale hygiène, prévention et contrôle des infections (HPCI) a consacré une partie importante de son activité à l'enquête MRSA dans les EMS.

3.1 Membres et organes du réseau

3.1.1 Adhésion de nouveaux membres associés

En 2011, trois organisations de soins et d'aide à domicile (OSAD), PERMED SA, IDP Médical et Assistance à domicile (Home care) ont adhéré au réseau, suite à la publication de l'arrêté du Conseil d'Etat du 16 mars de la même année. Désormais, pour pouvoir facturer leurs prestations à charge de l'assurance obligatoire et percevoir des subventions de l'Etat, les OSAD devront bénéficier d'une autorisation d'exploiter et d'un mandat de l'Etat. Ce mandat requiert un accord de collaboration avec l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD) ainsi que l'adhésion à un réseau de soins régional.

Ces trois OSAD bénéficieront d'un statut de membre associé en 2012 et normalement d'un statut de membre affilié dès 2013.

Ont également adhéré comme membres associés l'institution sociale vaudoise Armée du Salut qui gère à Lausanne deux foyers socio-éducatifs actifs dans le domaine de la psychiatrie adulte, le Foyer féminin et La Résidence, ainsi que la Pharmacie Rey qui souhaite établir des contacts avec les prestataires de soins de la région lausannoise.

3.1.2 Nouveaux représentants des communes au Comité

Suite aux élections communales du printemps, de nouveaux représentants des communes au Comité d'ARCOS ont été désignés par chaque district à l'initiative des préfets de district. Ils se sont réunis début 2012 pour désigner leur représentant au bureau exécutif et aux Assemblées générales et définir l'information à donner sur le réseau aux représentants des communes.

3.1.3 Confirmation du choix de l'organe de contrôle

La fiduciaire BDO a été confirmée pour assurer le contrôle des comptes 2011 du réseau.

3.1.4 Rencontre avec les directions des EMS

Une rencontre a été organisée le 15 novembre avec les directions des EMS du réseau afin de valider le principe et les modalités d'inclusion des EMS dans la démarche qualité du réseau et pour définir les conditions de l'extension à l'ensemble des EMS de l'envoi électronique du DMST dans le cadre du projet Mercure.

3.2 Direction et cadres

3.2.1 Renouvellement des cadres

Une nouvelle cheffe de projet, Mme M. Cambra, est entrée en fonction le 1^{er} février. Précédemment directrice de l'EMS Praz-Séchaud 2, elle assure la conduite du projet Mission informative du BRIO, la coordination de la mise en œuvre régionale du programme cantonal diabète et l'animation de la filière psychiatrie communautaire adulte.

Après 9 ans passés au BRIO, Mme M.-H. Crausaz, infirmière-cheffe de la liaison hospitalière, puis de l'unité des courts et longs séjours du BRIO, a décidé de donner un nouveau souffle à sa carrière professionnelle.

Dans la perspective d'un renforcement de la gouvernance infirmière du BRIO et suite au départ de Mme M.-H. Crausaz, Mme N. Rosset-Borremans a pris la fonction d'infirmière-cheffe ad intérim de la liaison hospitalière, en charge de la planification et du secteur de la réadaptation, tandis que Mmes M. Desarzens et C. Von Moos, infirmières ressources respectivement aux courts et aux longs séjours, ont assuré le suivi opérationnel de ces activités.

3.2.2 Organisation infirmière

L'année 2011 a été une année difficile pour les cadres infirmiers du BRIO et pour l'équipe des infirmières de la liaison hospitalière :

Dans un contexte de forte augmentation de l'activité, la charge de travail, les insuffisances du pool de remplacement et un encadrement de terrain restreint ont créé un climat d'insatisfaction et d'incertitude au sein de l'équipe des infirmières de la liaison hospitalière.

Parallèlement, dans un contexte de surcharge durable et malgré les mesures prises, les infirmières-chefes ont été soumises à une forte pression débouchant sur un épuisement et un départ.

Cette problématique n'étant pas nouvelle, le bureau exécutif du réseau a décidé de lancer en 2012 une réflexion de fond sur cette problématique afin de lui trouver des solutions durables et d'éviter une nouvelle fois sa répétition. Elle portera sur :

- la gouvernance infirmière afin de développer un management de proximité en différenciant les responsabilités des infirmières cheffes et en renforçant leur nombre ;
- la sectorisation du BRIO en unités plus petites afin de renforcer les liens entre les infirmières de liaison et avec les partenaires, de développer leurs compétences (spécialisation/polyvalence) et de simplifier la gestion du tournus et des remplacements ;
- l'analyse du poste d'infirmière de liaison, l'évolution de leurs prestations dans un contexte de changement quasi permanent, leur besoin de soutien (médical, hiérarchique et métier) et de reconnaissance.

3.2.3 Infirmières ressources

Dans un contexte de forte augmentation de l'activité et du nombre d'infirmières de liaison ces dernières années, le BRIO a initié en 2010 une réflexion sur la nécessité d'améliorer l'introduction et la formation des nouveaux collaborateurs et d'harmoniser les pratiques. La fonction de Ressource métier qui existait déjà sur le secteur des courts séjours (CS) et longs séjours (LS) depuis de nombreuses années a été étendue à la liaison hospitalière en février 2011, en soutien aux infirmières-chefes.

Un recrutement interne a permis de retenir 2 candidates, connaissant bien la liaison, au bénéfice de formations de Clinicienne pour l'une, et Praticienne Formatrice pour l'autre, plus-value évidente pour cette fonction. Elles exercent chacune cette fonction à un taux de 40%, en complément à leur activité de liaison et dans le cadre défini ci-dessous :

Mission générale du poste :

- Participer à l'introduction et à l'encadrement des collaborateurs nouvellement arrivés dans la liaison, en collaboration avec l'infirmière-chef
- Contribuer à la continuité, au développement et à l'harmonisation des bonnes pratiques
- Assurer un rôle de relai auprès des infirmières-chefes.

Public cible

- Tout nouveau collaborateur débutant dans la liaison hospitalière pendant la 1^{er} année avec des interventions plus concentrées durant le 1^{er} trimestre
- Changement de secteur d'activité pour un.e IDL (ex : tournus de médecine en Centre de traitement et de réadaptation (CTR), des CS à la liaison hospitalière, entrée dans le pool, etc.)
- Tout collaborateur qui identifie le besoin de progresser dans son apprentissage, ou besoin identifié par l'IC.

Interventions sur mandat donné par l'Infirmière-chef.

3.2.4 Organisation administrative

Mandat a été donné à une équipe d'étudiantes de la Haute Ecole d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud (HEIG) d'analyser la pertinence de l'organisation administrative du réseau pour répondre au mieux aux besoins des cadres du réseau et des collaborateurs de l'unité des courts et longs séjours du BRIO. Sur la base de cette analyse et des propositions d'amélioration qui l'accompagnaient, il a été décidé :

- de renforcer les effectifs de l'équipe de soutien administratif afin de permettre aux cadres et aux collaborateurs des courts et longs séjours de se centrer sur leurs compétences métier,
- d'organiser l'équipe administrative en pôles de compétences (secrétariat de direction, ressources humaines, accueil-réception) organisés afin d'assurer la continuité de leurs prestations,
- de définir les formations nécessaires à l'optimalisation des compétences de l'équipe administrative,
- de mettre à jour les cahiers des charges et les procédures de travail.

Ces mesures seront mises en œuvre dans le courant de l'année 2012.

3.3 Ressources humaines

3.3.1 Dotations (en EPT)

		Budget 10	Budget 11	Réel 11	Ecart B / R
ARCOS et BRIO	Infirmiers.ères	40.45	45.65	46.85	+ 1.2
	Administratifs	10	11.8	11.75	- 0.05
	Total	50.45	57.45	58.60	+ 1.15

7 EPT (Equivalent plein temps) supplémentaires ont été prévus dans le budget 2011 par rapport à celui de 2010 : renforcement des postes infirmiers (+5.2 EPT) et administratifs (cheffes de projet et secrétariat, +1.8 EPT).

La sur-dotation des effectifs soignants (1.2 EPT) a permis de remplacer partiellement les absences de longue durée et a été financée par les remboursements de l'assurance perte de gain. A noter que 7 nouveaux collaborateurs sont entrés en fonction en 2011 (1 cheffe de projet, 5 IDL, 1 data manager). L'effort a donc été soutenu, tant pour les infirmières-cheffes que pour les IDL en termes de processus de recrutement, d'intégration et de suivi du personnel.

3.3.2 Mouvements

Le personnel d'ARCOS était composé de 65 personnes au 31 décembre 2010 et de 70 personnes au 31 décembre 2011. Cette différence de 5 personnes est le fruit de 7 arrivées et de 2 départs.

En 2011, le taux de rotation du personnel (nombre de départs intervenus dans le courant de l'année sur le nombre de collaborateurs présents au 1^{er} janvier) a été de 3.1%. Cet indicateur est en baisse très marquée en comparaison avec 2010 (9.2%). Il confirme la forte stabilité du personnel d'ARCOS.

Les 2 sorties ayant eu lieu en 2011 concernent 1 IC et 1 IDL.

3.3.3 Âge moyen

Au 31 décembre 2011, l'âge moyen des collaborateurs est de 46.6 ans (47.2 ans pour les femmes et 42.1 ans pour les hommes). En 2010, l'âge moyen s'élevait à 46.4 ans.

3.3.4 Absentéisme

Le taux d'absentéisme, tenant compte des cas de maladie et de maladie liée à la grossesse, est de 5.7% en 2011. Il était de 5.8% en 2010. A titre d'information, celui du CHUV pour les mêmes catégories est de 5.1 %.

3.3.5 Formation

Formations spécialisées des infirmières de liaison

L'absence de formation spécifique à la liaison et à l'orientation rendait particulièrement difficile l'acquisition des connaissances et des savoir-faire nécessaires à l'exercice de la fonction d'IDL. C'est pourquoi, les réseaux de soins vaudois se sont associés à l'Ecole de la Source et à la Fédération des soins à domicile genevois pour créer un « Certificat d'Etudes Avancées (CAS) Liaison Orientation (LO) ».

Par ailleurs, étant donné l'importance des enjeux pour garantir la qualité des prestations du BRIO ; le budget a été adapté pour permettre chaque année à cinq infirmières de liaison de suivre une formation spécialisée de type CAS ou DAS (diplôme d'études avancées).

La première session annuelle de cette nouvelle formation a eu lieu en 2010 - 2011. Deux infirmières de liaison du BRIO d'ARCOS l'ont suivie avec succès.

En 2011 - 2012, trois autres infirmières de liaison ont suivi cette formation dans le cadre de sa seconde session, tandis que deux autres bénéficiaient de la formation offerte dans le cadre du DAS en santé des populations vieillissantes.

Temps de formation

Au total, si on ajoute aux formations spécialisées les supervisions et les formations en entretiens de réseaux et en management de proximité, les infirmières et infirmières-cheffes ont bénéficié de 127 jours de formation.

La formation concernant le personnel administratif (bureautique, gestion de projet, etc.) représente environ 55 jours pour l'année 2011.

Le total du nombre de jours de formation accordés aux collaborateurs d'ARCOS en 2011 se monte donc à 182 jours environ, soit en moyenne près de 2.7 jours par collaborateur sur l'année.

3.3.6 « Polypoint » (PEP)

La mise en place et l'utilisation de l'outil de gestion informatisé pour la planification des horaires ont commencé partiellement en 2011. La transmission du planning par PEP débutera au 1^{er} juillet 2012, mais les données de présences et d'absences seront insérées pour tous les collaborateurs dès le 1^{er} janvier 2012.

3.4 Finances

3.4.1 Budget et comptes 2011

Les comptes sont présentés ci-dessous par activité, puis globalement :

ARCOS (sans le BRIO et les programmes cantonaux)

Résultat 2011	Réel	Budget	Ecart
Charges salariales	1'216'930	1'320'100	103'170
Autres charges	534'846	399'700	-140'146
Total charges	1'751'776	1'714'800	-36'976
Dont			
Dispositif permanent	1'112'314	1'064'000	-48'314
Filière psychiatrie de l'âge avancé	37'423	43'000	5'577
Filière psychiatrie communautaire	175'322	167'800	-7'522
Filière gériatrie communautaire	189'677	170'000	-19'677
Projet mission informative du Brio	46'278	138'000	91'722
Forum	4087	30'000	25'914
Autres projets BRIO	4'488	6'000	1'512
Développement Brioche-web	104'991	16'000	-88'991
Projet ICARE	77'196	80'000	2'804
Revenus	1'667'257	1'608'230	59'027
Résultat exploitation	-84'519	-106'570	22'051
Résultat hors exploitation	6'461	0	6461
Résultat	-78'058	-106'570	28'512

L'activité d'ARCOS concerne le dispositif permanent qui permet d'assurer le bon fonctionnement du réseau ainsi que les filières de soins et les projets spécifiques au réseau ARCOS (filières psychiatrie de l'âge avancé, psychiatrie communautaire, gériatrie communautaire, projet mission informative du BRIO, forum, autres projets BRIO, développements de la « Brioche-web », projet ICARE). Elle ne comprend pas le BRIO, ni les programmes cantonaux soins palliatifs, Hygiène, prévention et contrôle des infections (HPCI) et Diabète, dont les résultats doivent être identifiés en tant que tels.

Alors qu'un malus de Fr 106'570.- était prévu pour financer les demandes de réallocation concernant le dispositif permanent du réseau non retenu par l'Etat (Fr 96'570) ainsi qu'une partie du projet hébergement de la filière psychiatrie communautaire adulte (Fr 10'000), le malus effectif s'est monté à Fr 78'058.

Ce résultat s'explique :

- par moins d'indemnités versées aux membres des groupes de travail que prévu (Fr 11'000),
- pour le dispositif permanent : par l'engagement pendant 3 mois d'un chef de projet à 50% financé par une subvention complémentaire du Service de la santé publique (- Fr 20'000), par des frais de recrutement plus faibles que prévus (Fr 19'000),
- pour la filière psychiatrie communautaire adulte : par un dépassement sur les postes de chefs de projet (- Fr 7'000),
- pour la filière gériatrie communautaire : par le reversement d'un financement complémentaire reçu des associations d'aide et de soins à domicile (Fr 20'000),
- pour le projet mission informative du BRIO : par la non utilisation en 2011 du poste de documentaliste prévu initialement (Fr 80'000) et le report en 2012 des dépenses de logiciel (Fr 10'000),

- pour le forum : par son report en 2012 (Fr 26'000),
- pour le développement de la Brioche web : par des développements non prévus initialement (Fr 86'000) financés par une subvention du Service de la santé publique.

BRIO

Résultat 2011	Réel	Budget	Ecart
Charges salariales	6'676'432	6'617'140	-59'292
Autres charges	270'590	275'000	4'410
Total charges	6'947'022	6'892'140	-54'882
Revenus	7'030'614	6'892'140	138'474
Résultat exploitation	85'592	0	85'592
Résultat hors exploitation	-172'933	0	-172'993
Résultat	-89'401	0	-89'401

L'activité du BRIO enregistre un résultat négatif d'un montant de Fr 89'401.- compte tenu :

- pour les charges salariales : d'un dépassement sur les effectifs infirmiers couvert par les remboursements perte de gain (- Fr 53'000) et sur les frais de recrutement (- Fr 6'000),
- pour les charges non salariales : d'achats de logiciel informatique moins importants que prévus (Fr 18'000), compensés par un dépassement sur les mandats (- Fr 21'000),
- pour les revenus : d'indemnités plus importantes versées par les assurances de personnes (Fr 128'000) et d'autres produits (Fr 12'000),
- pour le résultat hors exploitation : d'une provision (- Fr 181'000) pour les travaux d'aménagement des locaux réalisés au printemps 2012.

Programme cantonal soins palliatifs

Résultat 2011	Réel	Budget	Ecart
Charges salariales	641'886	684'670	42'784
Autres charges	116'372	135'000	18'828
Total charges	758'258	819'870	61'612
Revenus	858'052	805'870	52'182
Résultat exploitation	99'794	-14'000	113'794
Résultat hors exploitation	-34'740	0	-34'740
Résultat	65'054	-14'000	79'054

Cette activité enregistre un résultat positif de Fr 65'054 au lieu d'une perte budgétisée de Fr 14'000 (remplacement des participants aux formations en soins palliatifs, non financé par le programme cantonal). Ce résultat s'explique :

- pour les charges salariales : par le versement moins important que prévu d'indemnités aux membres de groupes de travail (Fr 12'000) et par une sous-dotation de l'équipe mobile en médecins et psychologues (Fr 32'000),
- pour les autres charges : par la mise en œuvre d'une seule formation de sensibilisation au lieu de deux (Fr 77'000), par les coûts de développement et de maintenance de l'application informatique medlink (- Fr 50'000) et par le versement d'une subvention non budgétisée d'aide aux résidents de l'EMS Le Signal (- Fr 7'000), tous deux couverts par des subventions complémentaires du Service de la santé publique,
- pour les revenus : par la facturation non budgétisée des prestations de l'Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP) (Fr 19'000), par les subventions complémentaires du Service de la santé publique pour medlink (Fr 50'000) et pour les résidents de l'EMS Le Signal (Fr 50'000) et par le financement demandé par le Service de la santé publique d'une partie du budget par la réserve affectée aux soins palliatifs (- Fr 75'000),
- pour le résultat hors exploitation : par le versement au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) d'un montant de Fr 33'000 pour l'encadrement de l'équipe mobile en 2009.

Programme cantonal hygiène, prévention et contrôle des infections (HPCI)

Résultat 2011	Réel	Budget	Ecart
Charges salariales	208'932	214'700	5'768
Autres charges	4'270	2'300	-1'970
Total charges	213'302	217'000	3'798
Revenus	202'000	217'000	-15'000
Résultat exploitation	-11'202	0	-11'202
Résultat hors exploitation	0	0	0
Résultat	-11'202	0	-11'202

Cette activité enregistre un résultat légèrement négatif de Fr 11'202 compte tenu :

- pour les charges salariales : du versement d'indemnités moins important que prévu (Fr 3'000),
- pour les revenus : du financement demandé par le Service de la santé publique d'une partie du budget par la réserve affectée à l'HPCI (- Fr 15'000),

Programme cantonal diabète

Résultat 2011	Réel	Budget	Ecart
Charges salariales	37'281	0	-37'281
Autres charges	9'424	0	-9'424
Total charges	46'705	0	-46'705
Revenus	45'000	0	45'000
Résultat exploitation	-1'705	0	-1'705
Résultat hors exploitation	0	0	0
Résultat	-1'705	0	-1'705

Cette activité enregistre un résultat pratiquement équilibré de - Fr 1'705. On notera que le lancement de cette nouvelle activité de mise en œuvre régionale du programme cantonal Diabète avait été décidé après l'établissement du budget.

Résultat global

Résultat 2011	Réel	Budget	Ecart B / R
Charges salariales	8'781'461	8'836'610	55'149
Autres charges	935'502	807'200	-128'302
Total charges	9'716'963	9'643'810	-73'153
Revenus	9'802'923	9'523'240	279'683
Résultat exploitation	85'960	-120'570	206'530
Résultat hors exploitation	-201'272	0	-201'272
Résultat	-115'312	-120'570	5'258

Au total, le réseau ARCOS enregistre un résultat négatif de Fr 115'312, légèrement inférieur aux prévisions (Fr 5'258), malgré la création d'une provision pour travaux d'un montant de Fr 181'425.

3.5 Système d'information

La cellule système d'information de la Coordination des réseaux de soins vaudois (CORES) a été mise en place en 2010. Elle est rattachée administrativement au réseau ARCOS, mais offre ses prestations aux 5 réseaux de soins vaudois. Elle a en premier lieu poursuivi et consolidé les projets initiés en 2010.

3.5.1 **Projet ICARE et BRIOCHE-WEB**

Le projet ICARE (IndiCAtEURS des REseaux de soins vaudois) a été poursuivi en 2011 pour mettre en œuvre le système d'information permettant d'exploiter les indicateurs de pilotage des BRIOs définis et sélectionnés en 2010. La société ELCA a répondu à l'appel d'offre lancé en 2010 et a été sélectionnée pour le développement de l'application. La cellule a ainsi pu tester l'application et vérifier l'exactitude des résultats de la vingtaine d'indicateurs retenus.

Pour les besoins d'ICARE, BRIOCHE-WEB a évolué en 2011. L'onglet « Décision » a été remanié et amélioré et un onglet spécialement destiné aux assistants sociaux des réseaux a été créé.

Un des objectifs visés par ICARE étant la comparaison de l'activité des BRIOs, l'année 2011 a été consacrée en bonne partie à l'harmonisation des pratiques « métier » et de renseignement de BRIOCHE-WEB entre les 5 BRIOs du canton. Pour ce faire, la cellule a travaillé avec les membres du GT « Métier des BRIOs » quant à la définition de pratiques communes. En fin d'année, l'ensemble des utilisateurs et utilisatrices de BRIOCHE-WEB a pu être formé aux nouvelles pratiques (environ 100 personnes sur l'ensemble des réseaux).

Les réseaux de soins se sont engagés à améliorer la comparabilité des résultats et à transmettre leurs données statistiques aux autres réseaux par la cellule SI, dans le cadre d'un accord de collaboration.

A noter que le projet ICARE a été sélectionné pour présentation au Congrès de l'Association Latine pour l'Analyse des systèmes de santé de 2011.

3.5.2 **Projet d'hébergement commun à l'ensemble des réseaux de soins pour BRIOCHE-WEB et ses applications connexes**

Les bases de données des 7 instances BRIOCHE-WEB et applications connexes ont été regroupées fin 2011, dans une perspective d'harmonisation, de rationalisation et de réduction des coûts. Cela a constitué un travail majeur pour cette année : il a été nécessaire de recueillir les besoins en hébergement de manière commune à l'ensemble des réseaux, de rédiger le cahier des charges, de choisir un hébergeur et de contractualiser, puis de conduire, le transfert d'hébergement. La Direction des systèmes d'information du CHUV a été sélectionnée comme hébergeur.

A cette occasion, la répartition des rôles entre hébergeur et fournisseur a été revue ainsi que le contrat de maintenance applicative, et ce, en collaboration avec la Fondation des services d'aide et de soins à domicile, Canton de Genève (FSASD) qui utilise également l'application, engendrant une diminution des coûts.

3.5.3 **Projets liés à la mise en œuvre de la Cybersanté**

Mercur

Pour rappel, le projet MERCURE consiste en l'envoi électronique du DMST depuis le BRIO vers les EMS et son intégration dans l'application informatisée SADIES des EMS. La phase pilote amorcée en 2010 avec 4 EMS de court séjour du réseau ARCOS, a été poursuivie en 2011 avant le déploiement à l'échelle cantonale prévu en 2012. Les BRIOs de l'Association de soins coordonnés de la Riviera et du Pays d'Enhaut (ASCOR) et de l'Association des réseaux de soins de la Côte pour le BRIO (ARC) ont notamment été impliqués grâce à la connexion de l'EMS le Maillon sur l'ASCOR et de l'EMS Château Féchy sur l'ARC, tous deux offrant des lits de court séjour. L'intégration de ces deux EMS a permis d'élargir la réflexion sur les processus d'échange électronique à mettre en place, en prenant en compte leur mode de collaboration avec leur BRIO respectif différent de celui mis en place sur ARCOS. Deux établissements supplémentaires ont également été connectés sur ARCOS, l'un à mission Court Séjour (la Fondation Prime-roche) et l'autre à mission Long Séjour (Château de la Rive). Ce dernier a permis d'appliquer le processus d'échange électronique aux orientations de long séjour.

En collaboration avec le Service de la santé publique (SSP), un mode de financement mixte (EMS, CORES, SSP) a été mis en œuvre pour le déploiement du projet à l'échelle du canton. Celui-ci a été validé par la Commission du Financement de l'hébergement.

Vénus

Parallèlement au projet MERCURE, le déploiement de VENUS a été poursuivi tout au long de l'année 2011. Ce projet, rappelons-le, consiste en l'envoi du DMST depuis l'application SOARIAN (dossier informatisé du patient) du CHUV vers BRIOCHE-WEB. La quasi-totalité des services du CHUV au sein desquels une infirmière de liaison est engagée, ont été connectés durant l'année à l'exception du service des Urgences et du Centre universitaire de traitements et de réadaptation (CUTR) de Sylvana. Le déploiement a été étendu à plus de 30 services hospitaliers du CHUV et de la FHV.

Etude d'impacts

L'avancée de ces deux projets a permis de lancer, en fin d'année, une étude de satisfaction sous la forme d'un sondage auprès de l'ensemble des acteurs impliqués (IDL, Infirmières coordinatrices, équipe administrative et soignante des EMS). L'impact des nouveaux modes d'échange en termes de temps a également été mesuré et comparé aux anciens (envois du DMST sous forme de fax). Les résultats finaux seront connus en 2012, mais les premières analyses concernant ce changement semblent déjà annoncer un sentiment accru de satisfaction des utilisateurs et un gain de temps significatif sur tout le processus suivi entre l'hôpital, le BRIO et les EMS.

3.5.4 Participation à différents autres projets liés au système d'information

La cellule Système d'information a participé aux différents projets du réseau ARCOS liés au système d'information : notamment la mise en place d'un outil de planification du personnel (PEP), la mise à disposition d'un outil de gestion des salaires (OPALE), ainsi que la conduite des travaux permettant un échange électronique des DMST entre le BRIO et les CMS du réseau ARCOS et permettant également à ces derniers d'avoir accès au DMT pour un transfert depuis le CHUV.

Elle a également participé à différents groupes de travail cantonaux : collaboration aux GT système d'information pour la définition du rapport de politique cantonale « Vieillesse et santé », et collaboration au groupe d'experts pour la définition de la stratégie eHealth cantonale.

3.5.5 Elargissement de la cellule Système d'information de la CORES

Afin d'atteindre les objectifs souhaités et réaliser l'ensemble des tâches liées à la fiabilisation des données pour ICARE et à la production de statistiques, une Data manager à 50% est venue rejoindre l'équipe. Par ailleurs, et compte tenu de l'importance des projets impliquant directement les infirmiers et infirmières de liaison et de manière à assurer un soutien de proximité, une infirmière de liaison a également été nommée en tant que ressource pour la cellule à 20%.

3.6 Qualité

La démarche qualité mise en place au sein du réseau ARCOS vise à optimiser la continuité des soins entre ses membres. Elle repose sur un protocole réglant les conditions d'entrée et de sortie entre les hôpitaux somatiques du réseau et les services d'aide et de soins à domicile du canton de Vaud et sur des accords et conventions de collaboration dans le domaine de l'hébergement en court et long séjours. Elle garantit la bonne application de ces accords, ainsi que leur évolution, par l'émission et le traitement d'avis de non-conformité et par des propositions d'amélioration.

La relance de la démarche qualité depuis l'année 2009 a permis de développer l'utilisation des avis de non-conformité, dont le nombre est passé successivement de 49 en 2009 à 85 en 2010 et à 126 en 2011. On peut néanmoins relever une nette asymétrie entre les émetteurs d'avis, principalement les CMS, les EMS et les CTR et leurs destinataires, principalement le CHUV et le BRIO, qui témoigne d'une utilisation inégale de ces avis.

La démarche a débouché sur plusieurs mesures d'amélioration telles que le rappel des termes du protocole aux responsables de certains services du CHUV, l'information des responsables des ASAD et des CMS sur le fonctionnement des urgences du CHUV et, dès 2012, la transmission électronique des DMT et DMST entre le BRIO et les CMS.

Les EMS ont été intégrés dans les instances de régulation de la démarche qualité du réseau, le Groupe Equer et la commission de suivi des protocoles, tandis que le protocole réglant les conditions d'entrée et de sortie a été élargi aux conditions de retour en EMS des résidents hospitalisés.

3.7 Communication

Il est apparu nécessaire de compléter l'information interne au réseau, mais aussi de saisir plusieurs occasions de développer une information sur l'activité du BRIO auprès du grand public.

3.7.1 Lettres d'information

Quatre lettres d'information ont été adressées aux membres, aux partenaires et aux collaborateurs du réseau afin de compléter l'information donnée sur l'activité du réseau dans le cadre du rapport annuel et des Assemblées générales, du Comité et des rencontres avec les directeurs d'EMS.

3.7.2 Participation des BRIOs au Comptoir suisse

Le réseau ARCOS et les quatre autres réseaux de soins du canton (ARC, ASCOR, FSC et RNB) ont mené leur première expérience de communication commune destinée au grand public en tenant un stand du 16 au 25 septembre 2011 au sein de l'Espace Promotion Santé du Comptoir Suisse.

Le bilan du projet, mené par une cheffe de projet ARCOS, est excellent. Grâce à la participation de représentants des réseaux enthousiastes et créatifs, ainsi qu'au soutien professionnel de l'entreprise G-Healthcare-Communication, le rôle des infirmières de liaison a pu être présenté aux visiteurs de la halle, et tout particulièrement aux personnes de plus de 50 ans (public cible).

Comme espéré, le jeu-concours, illustrant la trajectoire des patients auprès de différents partenaires des BRIOs et distribué par deux hôtesse à l'entrée de l'espace Promotion Santé, a favorisé la visite du stand par un grand nombre de visiteurs. Les partenaires concernés ont également salué l'existence de ce jeu-concours qui a augmenté la visibilité de leur propre stand.

Cette manifestation marque le début d'une véritable promotion des BRIOs et du rôle des infirmières de liaison, d'une communication orientée grand public et d'un focus sur le « i » (pour information) des BRIOs.

3.7.3 Participation du BRIO à l'émission de Temps présent : « Comment je suis entré en EMS »

Une partie de l'émission montrait avec beaucoup de justesse, d'humanité et de tact, ce moment charnière que vivent les personnes âgées hospitalisées au CHUV lorsqu'elles apprennent qu'elles ne pourront pas rentrer chez elles et toute l'importance de l'accompagnement que leur offre alors l'infirmière de liaison dans ce processus de deuil.

3.7.4 Préparation du Forum ARCOS 2012

Les travaux, en vue de l'organisation du prochain forum du réseau, le 21 juin 2012, ont été poursuivis avec enthousiasme au sein du groupe de travail. Le forum, lieu de rencontre et d'échanges entre professionnels de la santé, aura pour thème : « Les seniors changent...et nous ? Le réseau de soins au service des seniors ». Les interventions en plénière et les ateliers interactifs prévus en petits groupes seront notamment propices à mener une réflexion, d'une part, sur l'évolution des seniors dans la société et, d'autre part, sur les enjeux d'adaptation des lieux de vie, des prises en charge et des pratiques professionnelles/institutionnelles.

3.8 Infrastructures

Le développement de l'activité du BRIO et des filières et l'augmentation du nombre de collaborateurs qui en a découlé a conduit à un réaménagement des locaux du réseau au Bugnon 4 à Lausanne. Début 2011, plusieurs cloisons ont été posées pour mieux utiliser l'espace à disposition et permettre aux chefs de projet de travailler dans des conditions de travail plus adéquates et pour adapter le nombre de salles de colloque aux besoins grandissants de rencontres internes ou avec les partenaires.

Un local de 85 m² a été repris au rez-de-chaussée pour offrir des locaux plus adaptés à l'unité des courts et long séjours et pour recevoir dans de meilleures conditions les usagers en quête d'informations médico-sociales. Des travaux d'aménagement seront effectués courant 2012.

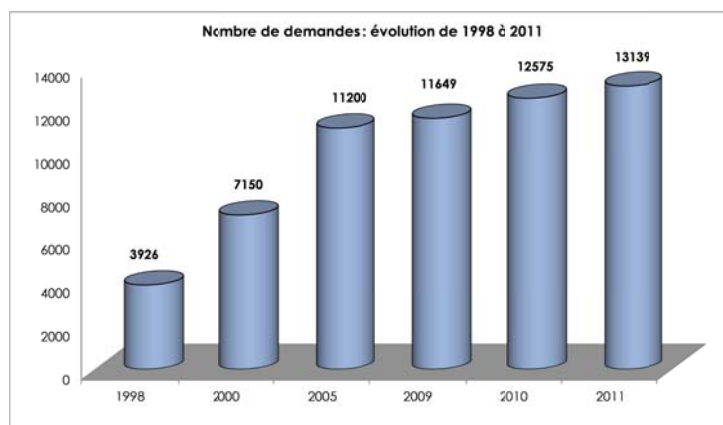
4 RELATIONS AVEC LES SERVICES DE L'ETAT

La convention signée entre le réseau et les services de l'Etat et ses avenants annuels définissent les obligations de chaque partie, s'agissant des différents programmes cantonaux. Les indicateurs permettant d'évaluer les prestations fournies et les résultats obtenus par le réseau ont été revus, simplifiés et mieux ciblés, conjointement avec les autres réseaux et les répondants des programmes cantonaux au sein des services de l'Etat. Une analyse conjointe des résultats obtenus en 2011 sera menée en 2012 pour en tirer le meilleur parti.

5.1 Statistiques

5.1.1 Activité du BRIO dans son ensemble

Nombre de demandes : évolution de 1998 à 2011

*Commentaires :*

Pour la seconde année consécutive, le BRIO enregistre une forte augmentation de son activité :

- 564 demandes d'orientation supplémentaires ont été enregistrées en 2011 par rapport à 2010, soit une augmentation de 4.5%.
- Par rapport à 2009, cela représente 1'490 demandes supplémentaires, soit une augmentation de 12.8%.

A noter qu'une nouvelle demande est comptabilisée à chaque fois qu'un patient, au cours d'un même épisode et pour une même orientation, change de service au sein du CHUV ou est transféré dans une unité d'attente d'hébergement. L'évolution du nombre de demandes peut donc refléter aussi bien l'évolution du nombre d'usagers, que celle du nombre d'épisodes de santé pour un même usager ou celle du nombre de transferts au cours d'un même épisode.

Nombre de demandes par année et par demandeur

	2009	2010	2011	Variation 10-11
Cité hospitalière, yc l'HI orthopédique en 2007	8'549 73.4%	8'904 70.8%	9'174 69.8%	+3.0%
SUPAA	122 1%	124 1%	126 1%	+1.6%
SPAH	207 1.8%	234 1.8%	285 2.2%	+21.8%
CTR ARCOS	1'429 12.3%	1'456 11.6%	1'520 11.6%	+4.4%
CMS ARCOS	732 6.3%	1'016 8.1%	1'142 8.7%	+12.4%
Autres BRIO	232 2%	298 2.4%	405 3.1%	+35.9%
Autres	378 3.2%	543 4.3%	487 3.7%	-10.3%
Total	11'649 100%	12'575 100%	13'139 100%	+4.5%

Commentaires :

Ces 564 demandes supplémentaires proviennent principalement :

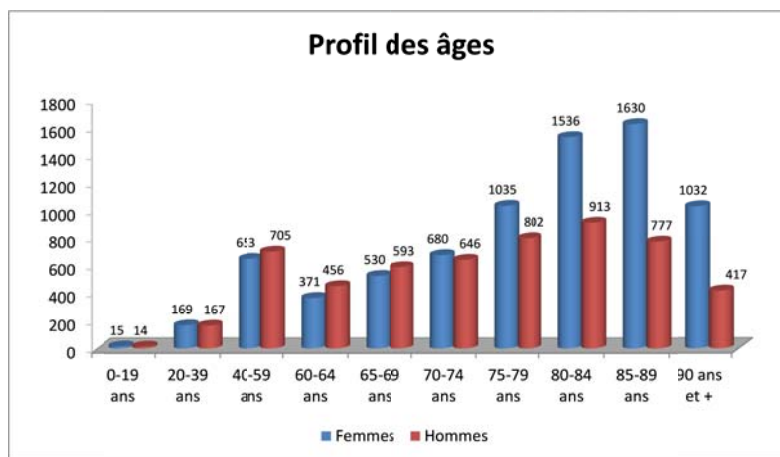
- de la Cité hospitalière du CHUV (+270, soit +3%),
- des CMS (+126, soit +12.4%),
- des autres BRIOs (+107, soit +35.9%). Les demandes des autres BRIOs proviennent du réseau Nord Broye (187), du réseau ARC (130) et du réseau Riviera Chablais (98). Elles correspondent en partie à

des demandes d'hébergement pour des patients lausannois hospitalisés en périphérie (Morges, St Loup),

- des CTR (+64, soit +4.4%),
- des structures de préparation et d'attente d'un hébergement (SPAH) (+51, soit +21,8%).

Les autres demandeurs sont principalement des cliniques, des EMS et des CTR et hôpitaux d'autres régions. On notera une tendance à la hausse des demandes de courts séjours en EMS en provenance des familles et des médecins traitants pour des usagers sans CMS.

Profil des âges



	Tous	Femmes	Hommes
Age moyen	75.2 ans	77.1 ans	72.7 ans
Age médian	79 ans	81 ans	75 ans

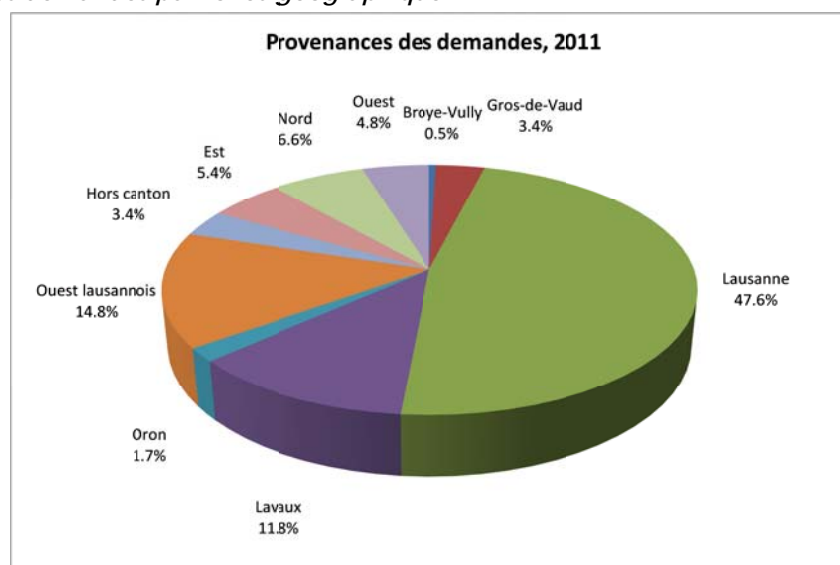
Années →	2009	2010	2011
↓ Ages			
- de 65 ans	21.2 %	19.4 %	19.4 %
65 – 80 ans	34.5 %	33.4 %	32.6 %
+ de 80 ans	44.3 %	47.1 %	48.0 %

Commentaires :

L'âge moyen des demandeurs est de 75 ans, tandis que la moitié de ces demandeurs ont moins de 79 ans (âge médian). Cette différence s'explique par les demandes des personnes relativement jeunes (de 20 à 65 ans).

Les âges moyen et médian sont stables d'une année sur l'autre, la part des patients de plus de 80 ans augmentant plus faiblement que les années précédentes.

Provenance des demandes par zones géographique

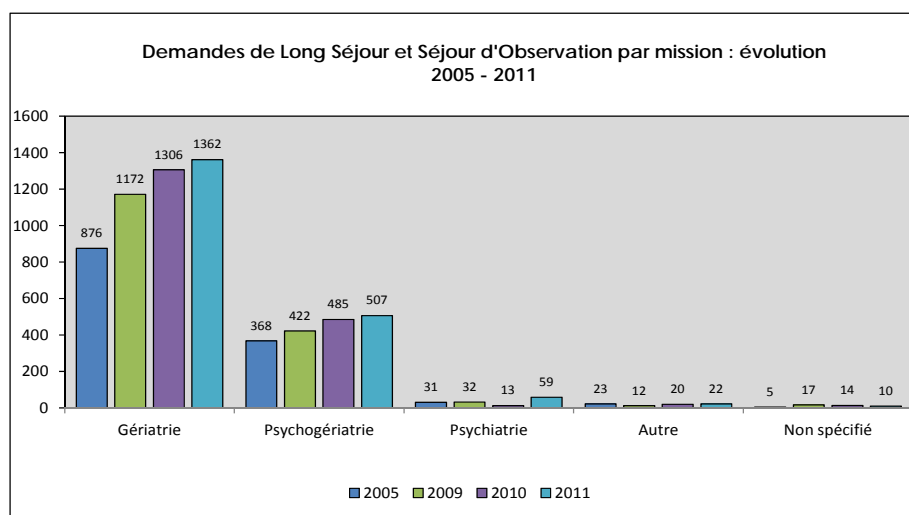


Commentaires :

Près de la moitié des demandeurs ont leur domicile dans le district de Lausanne, près d'un tiers dans les autres districts de la région lausannoise (Ouest Lausannois, Lavaux-Oron et Gros-de-Vaud) et un sur cinq hors de la région lausannoise.

Demandes de longs séjours par type de mission

Demandes pour des longs séjours et séjours d'observation par mission, en % :	2003	2005	2009	2010	2011
Gériatrie	74%	67%	71%	71%	69%
Psychogériatrie	24%	28%	25%	26%	26%
Psychiatrie	2%	2%	2%	1%	3%
Autres	0%	2%	1%	1%	1%
Donnée manquante	0.4%	0.4%	1%	1%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%



Commentaires :

Plus de deux demandes de longs séjours et de séjours d'observation sur trois concernent les établissements gériatriques. Si elles continuent d'augmenter en 2011 par rapport à 2010 (+56), leur part relative diminue légèrement (-2%) au profit des établissements psychogériatriques et psychiatriques.

On doit relever ici que cette évolution ne concerne pas les pathologies psychogériatriques qui sont aujourd'hui prédominantes et en développement dans les établissements de gériatrie et de psychogériatrie. Elle concerne le type d'établissement : les établissements de psychogériatrie spécifique étant en effet plus adéquats, de par les conditions architecturales, leur organisation et leur savoir-faire, à prendre en charge des situations démentielles plus complexes ainsi que des situations psychiatriques vieillissantes. Le développement à venir des pathologies démentielles impose donc tant une réflexion sur le développement des capacités de prises en charge complexes dans les établissements gériatriques que sur l'intérêt d'établissements à mission mixte, gériatrique et psychogériatrique.

On notera également que l'orientation des demandes d'hébergement vers des établissements psychiatriques est, actuellement, hors du champ de l'activité des BRIOs ; les demandes traitées restant marginales et à bien plaisir. La réflexion en cours dans le cadre du projet cantonal de la filière psychiatrique devrait permettre de mieux définir le rôle futur des BRIOs dans ce secteur.

Nombre de demandes par usager

Nombre de demandes	Nombre d'usagers	%
1	5'259	63.8%
2	1'851	22.5%
3	649	7.9%
4	282	3.4%
5	117	1.4%
6	49	0.6%
7	15	0.2%
8 et +	14	0.2%

Nombre de demandes et nombre d'usagers : évolution 2007 à 2011

Années →	2007	2009	2010	2011
↓ Demandes et usagers				
Demandes	10'798	11'649	12'575	13'139
Usagers	7'267	7'584	8'059	8'236
Demandes/Usagers	1.49	1.54	1.56	1.59

Commentaires :

Près de deux usagers sur trois ne font l'objet que d'une seule demande d'orientation durant l'année.

L'augmentation plus importante du nombre de demandes (+4.5%) que celle du nombre d'usagers (+2.2%) s'explique notamment par l'augmentation des passages par un CTR ou par un SPAH, après un séjour en soins aigus, ces usagers faisant successivement l'objet de 2 demandes, l'une pour entrer en CTR ou au SPAH, l'autre pour un retour à domicile ou un placement dans un EMS.

Orientations réalisées

Demandes orientées vers...	Retour à domicile	CTR (lits B)	Long séjour ou séjour d'observation	CS dans EMS "conventionné"	CS hors EMS "conventionnés"	Hospitalisation (lits A)	Décès avant orientation	Demande d'orientation retirée	Issue non spécifiée	Non applicable/ prestation de conseil	Appartement protégé	Nouvelle demande	HNM	TOTAL
Cité hosp	4'945	2'327	362	374	68	778	268	11	3	14	7	15	2	9'174
%	80.32%	98.73%	26.02%	31.04%	91.89%	77.11%	77.01%	2.25%	42.86%	66.67%	77.78%	21.13%	100%	69.82%
SUPAA	4	0	107	6	0	4	1	4	0	0	0	0	0	126
%	0.06%	0%	7.69%	0.50%	0%	0.40%	0.29%	0.82%	0%	0%	0%	0%	0%	0.96%
CTR ARCOS	1'186	19	138	18	6	97	38	8	1	0	2	7	0	1'520
%	19.26%	0.81%	9.92%	1.49%	8.11%	9.61%	10.92%	1.64%	14.29%	0%	22.22%	9.86%	0%	11.57%
SPAH.	2	0	218	0	0	20	20	2	0	0	0	23	0	285
%	0.03%	0%	15.67%	0%	0%	1.98%	5.75%	0.41%	0%	0%	0%	32.39%	0%	2.17%
CMS	6	4	207	578	0	90	7	238	0	4	0	8	0	1'142
%	0.10%	0.17%	14.88%	47.97%	0%	8.92%	2.01%	48.77%	0%	19.05%	0%	11.27%	0%	8.69%
Autres BRIOs	1	1	126	93	0	9	5	155	1	2	0	12	0	405
%	0.02%	0.04%	9.06%	7.72%	0%	0.89%	1.44%	31.76%	14.29%	9.52%	0%	16.90%	0%	3.08%
Autres	13	6	233	136	0	11	9	70	2	1	0	6	0	487
%	0.21%	0.25%	16.75%	11.29%	0%	1.09%	2.59%	14.34%	28.57%	4.76%	0%	8.45%	0%	3.71%
TOTAL	6'157	2'357	1'391	1'205	74	1'009	348	488	7	21	9	71	2	13'139
%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Comparaison avec 2010 :

Demandes orientées vers...	Retour à domicile	CTR (lits B)	Long séjour ou séjour d'observation	CS dans EMS "conventionné"	CS hors EMS "conventionnés"	Hospitalisation (lits A)	Décès avant orientation	Demande d'orientation retirée	Issue non spécifiée	Non applicable/ prestation de conseil	Appartement protégé	Nouvelle demande	HNM	TOTAL
2011	6'157	2'357	1'391	1'205	74	1'009	348	488	7	21	9	71	2	13'139
%	46.9%	17.9%	10.6%	9.2%	0.6%	7.7%	2.6%	3.7%	0.1%	0.2%	0.1%	0.5%	0%	100%
2010	5'988	2'134	1'366	1'062	118	1'016	311	474	64	5	10	27	/	12'575
%	47.6%	17%	10.9%	8.4%	0.9%	8.1%	2.5%	3.8%	0.5%	0%	0.1%	0.2%	/	100%
Var 10-11	+169	+223	+25	+143	-44	-7	+37	+14	-57	+16	-1	+44	/	+564
%	+2.8%	+10.5%	+1.8%	+13.5%	-37.3%	-0.7%	+11.9%	+2.9%	-89.1%	+320%	-10%	+163%	/	+4.5%

Commentaires :

Près de 50% des demandes aboutissent à un retour à domicile, près de 20% à une hospitalisation en CTR, plus de 10% à un hébergement en long séjour et près de 10% respectivement à un hébergement en court séjour et à une hospitalisation en soins aigus.

Les orientations réalisées vers un court séjour en EMS conventionné augmentent de manière importante (+143 orientations, soit +135%) en lien avec l'augmentation des lits de l'EMS L'Ilot du Parc (+12 lits) pour

lesquels la gestion des admissions est confiée au BRIO. Cette évolution explique également la diminution du nombre d'orientations vers un court séjour en EMS non conventionné.

Après deux années de diminution due à leur engorgement, le nombre d'orientations vers les CTR augmente de nouveau pour retrouver le niveau atteint en 2008. Cette augmentation concerne principalement l'hôpital de Lavaux (+99 orientations, soit +25.6%), la part des admissions des patients en provenance du CHUV augmentant sensiblement au détriment de celle des patients provenant des cliniques et des autres hôpitaux, la Clinique La Lignière (+53 orientations, soit +40.2%) en lien avec l'engorgement du CHUV pendant les mois d'hiver, le CTR Sylvana (+38 orientations, soit +5.7%) et les lits de réadaptation neurologique et orthopédique du CHUV (38 orientations, soit +16.5%).

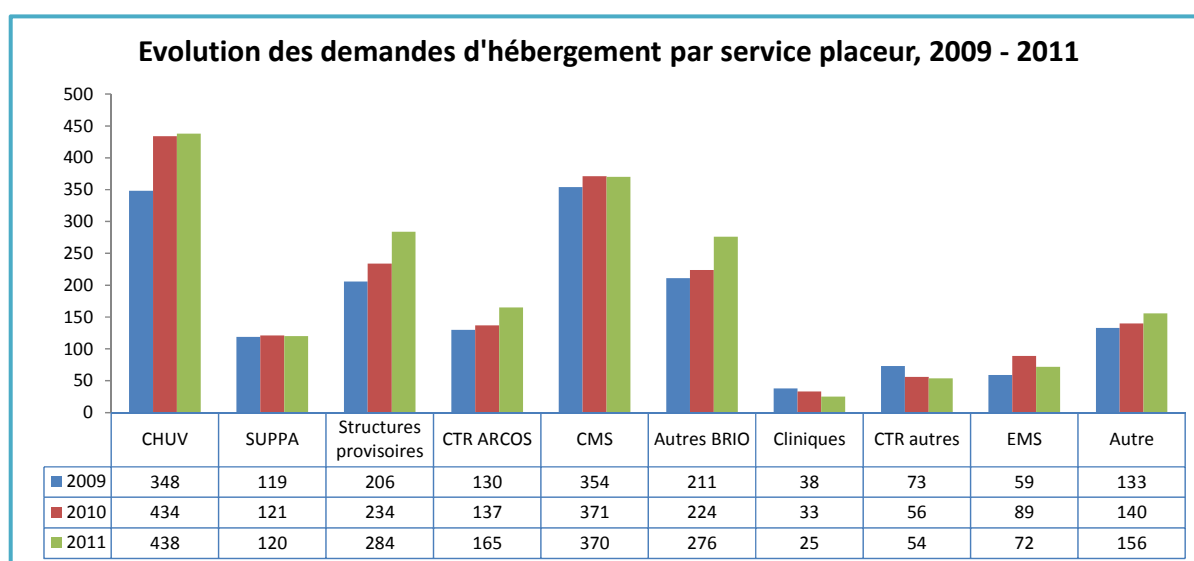
L'augmentation des retours à domicile (+169, soit +3%) provient pour les deux tiers de la Cité hospitalière et pour l'autre tiers des CTR d'ARCOS.

Les hospitalisations en lits de soins aigus (A) se sont stabilisées, mais restent à un niveau élevé (1'009). Elles concernent principalement des transferts internes à la Cité hospitalière, probablement vers des lits satellites en lien avec l'engorgement des services de médecine interne.

5.1.2 Activité concernant les longs séjours en EMS

Demandes d'hébergements en long séjour, lits annoncés et lits attribués

Longs séjours, séjours d'observation et séjours d'attente :	2002	2005	2009	2010	2011	Variation 10-11
Nombre de demandes d'hébergement reçues	1'202	1'303	1'655	1'839	1'960	+6.6%
Nombre d'hébergements réalisés	829	898	1'260	1'335	1'291	-3.3%
Nombre de lits annoncés par le réseau	739	728	1'092	1'225	1'159	-5.4%
Nombre de lits attribués dans le réseau	664	660	1'045	1'187	1'121	-5.6%
Nombre de lits attribués hors du réseau	165	238	215	146	170	+16.4%



Commentaires :

Les demandes d'hébergement en longs séjours et en séjours d'observation sont en nette progression (+121, soit +6.6%), principalement en provenance des autres BRIOs (+52), touchés eux aussi par la pénurie de lits d'hébergement, des structures provisoires (+50) dont le nombre de lits a augmenté et des CTR (+28).

A l'inverse, le nombre de placements réalisés dans le réseau a diminué (-66, soit -5.4%), malgré l'augmentation de la capacité en lits du réseau (+70 lits à l'EMS Bois Gentil et à la Fondation de l'Orme). La douceur des conditions météorologiques estivales et hivernales a contribué à des séjours plus longs en EMS et en conséquence à une réduction des disponibilités en lits.

Cette diminution des placements dans le réseau a pu être compensée partiellement par un plus grand nombre de placements hors du réseau (+24, soit +16.4%).

Délai entre la demande et l'hébergement

	2002	2005	2009	2010	2011
Délai moyen	49,3 jours	38,5 jours	46,7 jours	42,2 jours	37,7 jours
Délai médian	28 jours	22 jours	24 jours	20 jours	21 jours
25% des demandes débouchent sur un hébergement dans un délai de ...	0 à 12 j.	0 à 10 j.	0 à 9 j.	0 à 8 j.	0 à 10 j.
25% dans un délai de ...	13 à 28 j.	11 à 22 j.	10 à 24 j.	9 à 20 j.	11 à 21 j.
25% dans un délai de ...	29 à 60 j.	23 à 44 j.	25 à 54 j.	21 à 46 j.	22 à 45 j.
25% dans un délai de ...	+ de 60 j.	+ de 44 j.	+ de 54 j.	+ de 46 j.	+ de 45 j.

Commentaires :

Le délai d'attente entre la demande et l'hébergement a légèrement augmenté (21 jours au lieu de 20 en 2010) pour la moitié des demandes traitées le plus rapidement (délai médian).

La diminution du délai moyen d'attente (38 jours au lieu de 42) indique une nette diminution des situations difficilement plaçables (de plus en plus souvent des situations légères selon la « cotation PLAISIR » et peu rémunératrices pour les EMS).

Délai entre la demande et l'hébergement par service placeur

		Cité hospitalière	SUPAA	CTR ARCOS	SPAH	CMS	Autres BRIOs	Autres
2010	Délai moyen	22.1 j.	37.5 j.	33.2 j.	74.8 j.	58 j.	39.3 j.	44.3 j.
	Délai médian	11 j.	23 j.	19 j.	46 j.	30 j.	18j.	17 j.
	25% dans un délai de...	0 à 5 j.	0 à 13 j.	0 à 8 j.	0 à 21 j.	0 à 12 j.	0 à 8 j.	0 à 7 j.
	25% dans un délai de...	6 à 11 j.	14 à 23 j.	8 à 19 j.	22 à 46 j.	13 à 30 j.	9 à 18 j.	8 à 17 j.
	25% dans un délai de...	12 à 26 j.	24 à 45 j.	20 à 39 j.	47 à 98 j.	31 à 72 j.	19 à 37 j.	18 à 45 j.
	25% dans un délai de...	+ de 26 j.	+ de 45 j.	+ de 39 j.	+ de 98 j.	+ de 72 j.	+ de 37 j.	+ de 45 j.
2011	Délai moyen	25.6 j.	46.1 j.	36.8 j.	53.6 j.	45.2 j.	47.6 j.	33.8 j.
	Délai médian	16 j.	27 j.	29 j.	35 j.	25 j.	34 j.	19 j.
	25% dans un délai de...	0 à 8 j.	0 à 12 j.	0 à 11 j.	0 à 18 j.	0 à 11 j.	0 à 14 j.	0 à 8 j.
	25% dans un délai de...	9 à 16 j.	12 à 27 j.	12 à 29 j.	19 à 35 j.	12 à 25 j.	15 à 34 j.	9 à 19 j.
	25% dans un délai de...	17 à 30 j.	28 à 60 j.	30 à 55 j.	36 à 68 j.	26 à 58 j.	35 à 60 j.	20 à 44 j.
	25% dans un délai de...	+ de 30 j.	+ de 60 j.	+ de 55 j.	+ de 68 j.	+ de 58 j.	+ de 60 j.	+ de 44 j.
Variation 10-11	Délai moyen	+ 3.5 j.	+ 8.6 j.	+ 3.6 j.	- 21.2 j.	- 12.8 j.	+ 8.3 j.	- 10.5 j.
	Délai médian	+ 5 j.	+ 4 j.	+ 10 j.	- 11 j.	- 5 j.	+ 16 j.	+ 2 j.

Commentaires :

L'évolution globale des délais d'attente masque une évolution contrastée d'un service placeur à l'autre.

Les délais d'attente ont nettement diminué dans les SPAH et à domicile (CMS).

Mis en place pour réduire les délais d'attente au CHUV, les SPAH ont pu bénéficier de l'ouverture des lits supplémentaires de l'EMS Bois Gentil en début d'année et de la priorité donnée par le BRIO à la lutte contre l'engorgement du CHUV.

Grâce à une meilleure coordination avec le BRIO, les demandes d'hébergement des CMS sont plus ciblées et appropriées, ce qui accélère leur traitement.

A l'inverse les délais d'attente des demandes en provenance de la Cité hospitalière du CHUV, des CTR et du Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) ont augmenté.

Dans les deux premiers cas, les demandes proviennent souvent de patients difficilement plaçables ne pouvant être admis dans les SPAH, comme des situations psychiatriques de l'âge avancé, des dépendances à l'alcool, des placements à des fins d'assistance (PLAFA).

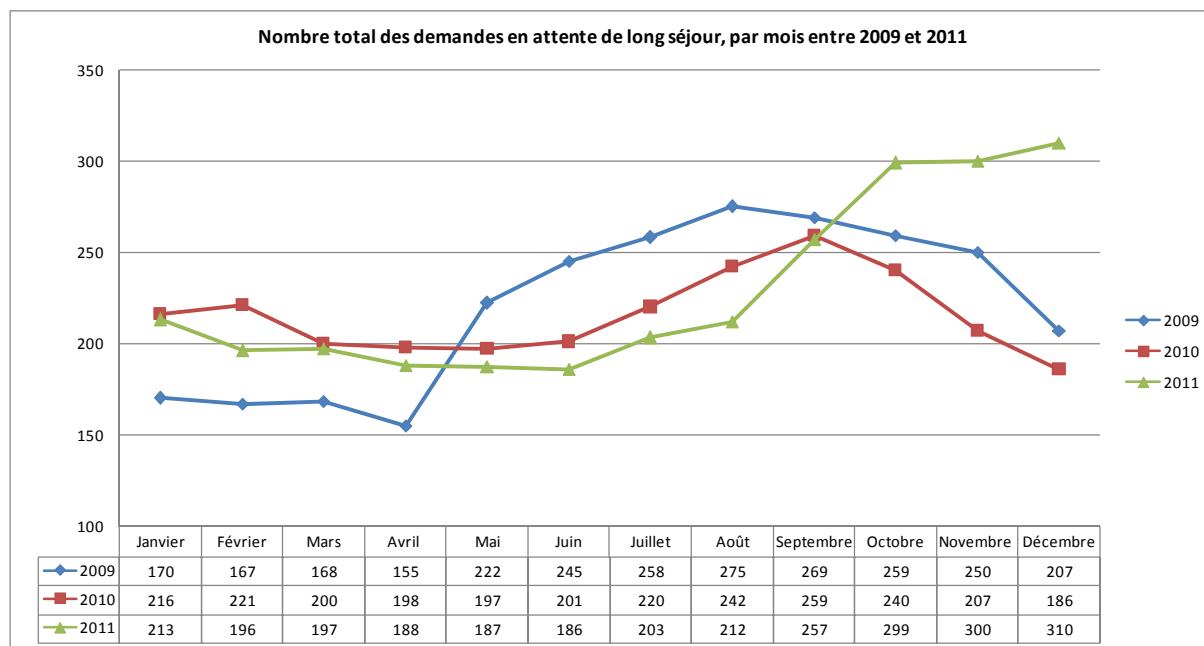
Dans le dernier cas, la pénurie de lits de psychogériatrie (pas d'ouverture de lits supplémentaires entre octobre 2010 et novembre 2011) explique cet allongement des délais.

Demandes en attente d'hébergement de long séjour

Au 31 décembre entre 2003 et 2011

Nb demandes en attente au	31 déc 03	31 déc 05	31 déc 09	31 déc 10	31 déc 11
Total	210	247	239	206	300

Au premier lundi du mois entre 2009 et 2011.



Commentaires :

En 2011, les demandes d'hébergement de longs séjours en attente ont fortement varié, passant de 213 le 3 janvier à 171 (minimum historique) le 30 mai, avec l'ouverture des lits supplémentaires de l'EMS Bois Gentil, à 316 (maximum historique) le 28 novembre avec la diminution des lits disponibles, avant de redescendre à 300 le 31 décembre avec le début de l'hiver. Le BRIO ne dispose d'autres moyens pour faire face à ces engorgements passagers que d'adapter ses critères de priorisation aux situations les plus urgentes.

Données concernant le Pacifac

	2009	2010	2011
Nombre d'hébergements réalisés	45	22	11
Nombre de journées réalisées	8'030	13'241	14'301
Nombre de journées possibles	13'118	14'600	14'600
Taux d'occupation des lits	61.21%	90.7%	97.9%

Commentaires :

En 2011. Les 40 lits réservés pour des patients du CHUV dans cet EMS situé à Etoy, hors du périmètre géographique du réseau ARCOS, ont été utilisés au mieux avec une stabilisation des résidents et un taux d'occupation élevé.

Données concernant les structures de préparation et d'attente d'un hébergement (SPAH)

		GEHC	SPAH Paix du Soir	SPAH La Pensée	Tous les SPAH
2008	Nb de placements vers...	73	175	/	248
	Nb de placements depuis...	60	143	/	203
2009	Nb de placements vers...	75	131	/	206
	Nb de placements depuis...	56	115	/	171
2010	Nb de placements vers...	62	146	17	225
	Nb de placements depuis...	53	123	0	176
2011	Nb de placements vers...	35	147	77	259
	Nb de placements depuis...	39	129	53	221
Var. 09-10	Nb de placements vers...	-27 -43.5%	+1 +0.7%	+60 +352.9%	+34 +15.1%
	Nb de placements depuis...	-14 -26.4%	+6 +4.9%	+53	+45 +25.6%

Commentaires :

La création d'un nouveau SPAH, au Mont-sur-Lausanne, géré par l'EMS La Pensée, en décembre 2010, a permis de répondre au mieux aux besoins de placement en provenance du CHUV pendant l'hiver 2010-2011 et d'anticiper la conversion, durant l'automne 2011, du GEHC (le SPAH géré par le CUTR Sylvana) en une unité de lits de réadaptation B, dont le manque devenait encore plus problématique au sein du réseau que celui de lits d'hébergement C.

Cette création a permis de réduire l'engorgement du CHUV et des CTR en transférant vers les SPAH un plus grand nombre de patients en attente d'un hébergement, mais au prix d'une surcapacité temporaire de février à juillet 2011.

5.1.3 Activité concernant les courts séjours en EMS

Courts séjours organisés par le BRIO dans les EMS conventionnés

	2006	2009	2010	2011
Nombre de séjours	814	762	1'045	1'209
Nombre de lits	57	54	72	83
Nombre de journées réalisées	17'350	16'878	21'716	24'722
Taux d'occupation moyen des lits	83.46%	85.68%	82.9%	81.20%
Durée moyenne des séjours (achevés pendant l'année)	21.35 j.	22.04 j.	20.81 j.	20.58 j.
Age moyen des usagers (au moment de l'entrée)	82,4 ans	83.5 ans	82.9 ans	83.5 ans
Proportion des entrées femmes / hommes	73,7%/26,3%	72% / 28%	70% / 30%	73% / 27%

Provenance des usagers lors de l'entrée en Court Séjour:

	2006	2009	2010	2011
- domicile	51,0%	52,5%	52.4%	58.8%
- hôpital	46,4%	43,5%	42.3%	38.0%
- centre de traitements et réadaptation	2,1%	3%	4.3%	2.3%
- autre	0,5%	1%	1%	0.9%

Commentaires :

Nous l'avons vu, l'augmentation du nombre de courts séjours (+164, soit +16%) dans les EMS conventionnés avec le BRIO pour la gestion des admissions, et des lits, voire pour le suivi des résidents pendant leur séjour, est lié à l'EMS l'Ilot du Parc qui a confié au BRIO la gestion de ses 22 lits, au lieu de 10 en 2010.

On relèvera également :

- une diminution progressive des taux d'occupation moyens qui passent de 86% en 2009 à 81% en 2011 et qui sont le résultat d'une activité de plus en plus fluctuante. Une investigation est en cours auprès des CMS et du CHUV pour comprendre cette évolution et déterminer les mesures à prendre ;
- une augmentation importante de la part des résidents en provenance du domicile (59% en 2011 versus 52% en 2010), s'expliquant pour l'essentiel par l'augmentation des lits de l'Ilot du Parc géré par le BRIO.

5.2 Activités et projets

5.2.1 Lutte contre l'engorgement

Malgré les mesures prises ces dernières années, la région lausannoise continue de souffrir d'un manque cruel de lits de soins aigus (A), de réadaptation (B) et d'hébergement de longs séjours (C) avec comme conséquence un engorgement chronique du CHUV et des CTR et des délais d'attente trop importants pour entrer en EMS (nous l'avons vu plus haut) ou en CTR.

5.2.2 Planification des lits de long séjour

La planification des besoins et des projets d'ouverture de lits a été prolongée jusqu'en 2020 et mise à jour pour tenir compte de l'évolution des projets.

La commission cantonale des infrastructures d'hébergement, qui a pour mission de préavisier sur les projets et à laquelle les réseaux participent, a concentré son activité, pendant cette première année d'existence, sur la définition des modalités de son fonctionnement. Elle a également commencé à examiner plusieurs projets d'ouverture de lits C, notamment ceux de l'Hôpital de Lavaux à Cully et des EMS Les Pins à Lausanne et Château de la Rive à Lutry.

5.2.3 Ouverture de lits de long séjour

La mise en œuvre du programme d'investissement et de modernisation des EMS (PIMEMS) s'est poursuivie avec l'ouverture de 56 lits supplémentaires pour un hébergement de long séjour gériatrique par l'EMS Bois Gentil à Lausanne sur un nouveau site près de Sauvabelin.

14 lits supplémentaires de psychogériatrie ont également été ouverts par la Fondation l'Orme à Lausanne. Ces ouvertures ont contribué à détendre la situation puisqu'elles dépassent les besoins annuels de lits supplémentaires, estimés par le réseau à 50.

5.2.4 Critères de priorisation des demandes de longs séjours

Des critères de priorisation des demandes de longs séjours, communs à l'ensemble des BRIOs du canton, ont été élaborés. Ils prennent en compte l'urgence de la situation des demandeurs et l'adéquation des demandes et des disponibilités offertes par les EMS. Ils permettront, dès 2012, de garantir une équité d'accès aux EMS, de comparer la situation des différents BRIOs et d'améliorer la communication entre le BRIO et les services placeurs, en particulier les CMS, par l'envoi mensuel de la liste des demandes en attente prioritaires.

5.2.5 Ouverture de lits de réadaptation

Il manque aujourd'hui une soixantaine de lits de réadaptation B dans la région lausannoise et le besoin futur de lits supplémentaires y est estimé à 4 par an.

C'est dans ce contexte qu'à moyen terme (2017 - 2018), l'Hôpital de Lavaux projette de créer 13 lits B supplémentaires et le CUTR Sylvana une soixantaine.

Dans l'immédiat, le GECH, le SPAH géré par le CUTR Sylvana à Epalinges, a été converti en une nouvelle unité de 10 lits B en décembre 2011. Cette transformation a été rendue possible par la création du SPAH La Pensée au Mont-sur-Lausanne à la fin 2011.

5.2.6 Projet REAGER READOM

Cette ouverture de 10 lits B s'avère néanmoins insuffisante pour répondre aux besoins actuels. C'est pourquoi, le CHUV et les ASAD d'ARCOS ont préparé un projet de filière coordonnée de réadaptation hospitalière (REAGER) et à domicile (READOM). Ce projet, soutenu par le réseau et financé par le CHUV, a été retenu par le SSP.

La création de deux équipes mobiles spécialisées, hospitalière et extra-hospitalière, par le service de Gériatrie du CHUV, par l'APROMAD et le BRIO, permettra non seulement de prendre en charge dans trois services de soins aigus de l'hôpital, une vingtaine de patients âgés et nécessitant une réadaptation légère ou modérée, mais aussi de poursuivre cette prise en charge à domicile. Le projet devrait éviter

ainsi une rupture dans la chaîne de soins (patients en attente de réadaptation, ou n'en bénéficiant pas), accélérer le retour à domicile de ces patients et réduire le délai d'attente des autres patients ayant besoin d'une réadaptation plus conséquente. Il sera mis en place progressivement dès le mois de février 2012.

5.2.7 Retour à domicile le samedi

Le projet de retour à domicile le samedi après une hospitalisation au CHUV, préparé en 2010, a été mis en œuvre à titre expérimental dès le début 2011. Les résultats enregistrés en 2011 ont été en deçà des prévisions, puisque 65 retours à domicile ont pu être organisés le samedi en 2011, soit 1.25 retours par samedi au lieu des 3 prévus initialement. Le 80% de ces retours provient des urgences de l'hôpital, les services d'hospitalisation, en particulier en médecine interne, n'utilisant que très peu le dispositif mis en place.

Les partenaires concernés au sein du réseau, le CHUV et les ASAD, ainsi que le SSP, considérant malgré tout qu'il permettait d'éviter chaque année quelques dizaines d'hospitalisations et d'atténuer ainsi l'engorgement du CHUV, ont demandé sa pérennisation en adaptant les moyens mis à disposition au niveau d'activité constaté.

5.3 Directive BRIO

La directive BRIO du 8 décembre 2009 a comme objectif d'harmoniser les pratiques des cinq BRIOs du canton. A ce titre, le réseau ARCOS a conduit deux projets en 2011 : la poursuite de l'extension de la gestion des lits de courts séjours par le BRIO d'ARCOS et, avec ses partenaires, le développement de la mission informative des BRIOs du canton.

5.3.1 Gestion des lits de courts séjours

En 2010, le BRIO avait étendu sa gestion des admissions et des lits de courts séjours à trois nouveaux EMS, représentant 21 lits supplémentaires. L'un d'entre eux, l'EMS l'Ilot du Parc à Lutry, n'avait confié au BRIO que la gestion de 10 de ses 22 lits de courts séjours. Satisfait de cette première année de collaboration et constatant la difficulté d'une double gestion, il a décidé de lui confier, dès janvier 2011, la gestion de l'ensemble de ses 22 lits.

A l'inverse, l'EMS La Faverge à Oron avait confié au BRIO la gestion de ses 5 lits de courts séjours. La nécessité de mener des travaux de réfection de ses locaux l'a poussé à suspendre cette activité dès l'automne.

Au total, à la fin décembre, le BRIO gère de manière conventionnelle 84 lits dédiés à l'activité de court séjour, qui réalisent le 85% de l'activité de court séjour de la région lausannoise.

5.3.2 Mission informative du BRIO

La CORES a chargé un groupe de projet cantonal de définir la mission et le rôle des BRIOs en matière d'information médico-sociale (le I des BRIOs), puis de les développer par la création d'une centrale d'information médico-sociale. Ce mandat répondait au cahier des charges des BRIOs annexé à la convention qui lie les réseaux de soins à l'Etat de Vaud durant les années 2010 - 2012.

La démarche préalable du groupe a consisté à dresser un état des lieux des dispositifs d'information en place et de confronter ce cahier des charges avec les besoins observés. Cette démarche a permis au groupe de projet de proposer pour les BRIOs, dans le cadre d'un 1^{er} rapport intermédiaire, une mission informative sensiblement différente de celle définie dans le cahier des charges. Ainsi, constatant que les services de l'Etat, par la richesse des informations mises à disposition sur leur site internet et sur leurs brochures, avaient de fait déjà mis en place une centrale d'information médico-sociale, le groupe de projet préconise que les BRIOs s'attachent à faciliter l'accès des professionnels et des usagers à cette information, en fédérant au sein de réseaux régionaux les multiples intervenants auxquels ils s'adressent, en établissant des liens ciblés avec les sites médico-sociaux et accompagnant les demandeurs afin qu'ils puissent trouver la réponse à leurs questions.

Les réflexions se poursuivent par ailleurs en 2012 dans l'optique d'un développement rapide de cette mission informative pour l'ensemble des réseaux.

5.4 Autres projets

5.4.1 Organisation des colloques de liaison en médecine

Afin d'améliorer la transmission des informations dans le cadre des colloques de liaison en médecine, un nouvel outil d'évaluation a été introduit dès juin 2011, qui permet une transmission systématique reprenant les éléments suivants : activités de la vie quotidienne (AVQ), soins spécifiques, situation médi-

cale présente et future du patient, état fonctionnel et cognitif, situation sociale. En sus de l'implémentation de cet outil, les séances de colloque ont été organisées comme suit :

- tous les mardis et jeudis après-midi de 14 h.30 à 15 h, pour suivre au mieux l'activité de la semaine,
- présence du chef de clinique, du médecin assistant, de l'ICUS, de l'infirmière du patient, de l'IDL, du physiothérapeute, pour obtenir dans le cadre du colloque l'information nécessaire,
- chaque partenaire transmet une information ciblée (cf. outil d'évaluation) afin d'élaborer ensemble un projet d'orientation,
- l'IDL récolte les données des différents partenaires selon les critères définis.

D'autres axes ont été développés en complément de cette nouvelle organisation, à savoir :

- séances d'information semestrielles auprès des nouveaux médecins assistants et aux colloques de liaison afin d'expliquer le rôle de la liaison,
- séances d'information mensuelles auprès du nouveau personnel de médecine,
- si besoin séance d'information auprès des équipes,
- mandat d'un clinicien auprès des équipes infirmières et information ciblée aux colloques.

Globalement, les partenaires sont satisfaits de cette nouvelle organisation, en particulier de l'utilisation de l'outil d'évaluation comme colonne vertébrale du colloque. Ce document, proposé par ARCOS, est désormais devenu un document institutionnel au CHUV.

Paradoxalement, cet outil n'est toutefois que partiellement utilisé par les IDL, semble-t-il par manque de temps. Afin de remédier à cet état de fait, de nouveaux objectifs sont planifiés pour le deuxième semestre 2012, incluant une adaptation éventuelle de l'outil.

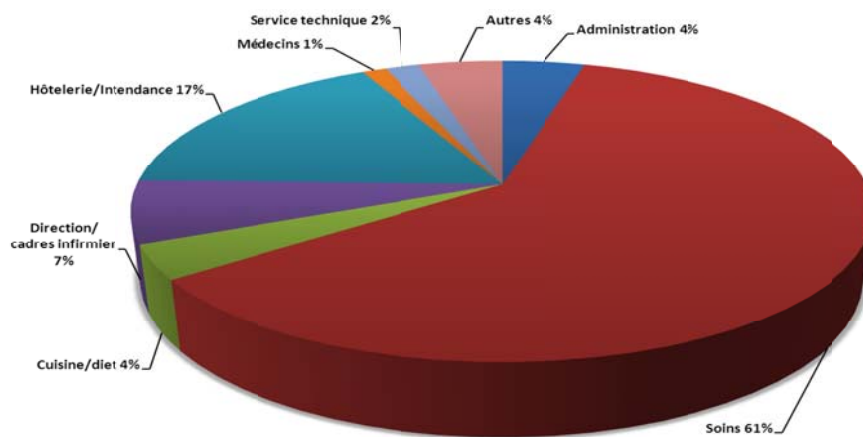
6.1 Filière Soins palliatifs

L'année 2011 a enregistré une sensible augmentation des activités cliniques de la filière Soins palliatifs alors qu'elles avaient été assez stables ces dernières années. Les activités de formation, en constant développement, ont connu, quant à elles, une évolution plutôt spectaculaire.

Parallèlement, le projet d'amélioration du dispositif en soins palliatifs sur le réseau, commencé en 2010, a déployé ses effets tout au long de l'année.

6.1.1 Actions de formation

- **Formation d'IRSP** (infirmier.ère ressource en soins palliatifs) : deux infirmiers d'EMS ont débuté le cycle d'approfondissement en soins palliatifs; deux autres demandes d'inscription ont été reportées pour la volée 2012 tant la volée 2011 a été plébiscitée.
- **Formation continue des IRSP** : en mars, une journée d'actualisation des compétences a été consacrée aux directives anticipées ainsi qu'à la capacité de discernement; les participants à la demi-journée de novembre ont eu l'occasion de travailler la mise en pratique des directives anticipées grâce à des jeux de rôles avec des acteurs. Ces journées ont rassemblé chacune une quarantaine de participants, soit 65% des IRSP actives sur le réseau.
A la demande de l'APROMAD, l'équipe mobile de soins palliatifs a mis en place une démarche d'« analyse de situations complexes » pour soutenir et accompagner les IRSP. Cette démarche, qui a été évaluée très positivement, doit se développer sur les trois associations de soins à domicile dès l'année 2012.
- **Ateliers intra-muros** : une quinzaine d'ateliers « outils d'évaluation des symptômes » pour les infirmier.ères diplômées et pour les aides-soignantes / auxiliaires de santé ont été co-animés par les infirmier.ères de l'Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP) et les IRSP des institutions concernées (soit quatre en EMS et onze en CMS).
- **Sensibilisation aux soins palliatifs en EMS** : cette formation, débutée sur le réseau ARCOS en 2010, a connu sa deuxième volée cette année. Trois EMS d'ARCOS ont effectué le cursus : La Paix du Soir, la Vernie et Le Parc de Valency. Nous relevons avec plaisir la collaboration avec le réseau ASCOR dont l'une des institutions a participé à cette volée.
Ces deux premières volées ont permis de former 174 professionnels, la répartition par secteur d'activité étant la suivante :



- En parallèle, les **cycles de sensibilisation aux soins palliatifs en institutions socio-éducatives** se sont poursuivis au niveau cantonal ; soulignons notamment la participation, en 2011, de Plein Soleil.
- Les médecins et infirmier.ères de l'EMSP sont aussi régulièrement amenés à donner des **cours**, notamment au sein du cycle d'approfondissement en soins palliatifs : diverses interventions quant à la gestion des symptômes, ainsi qu'au sujet de la douleur et des outils d'évaluation par exemple.
Par ailleurs, ces professionnels sont également très actifs dans l'animation d'ateliers dans les congrès (Forum douleur CHUV, journée UNIL) et dans des actions de présentation de l'équipe mobile, y compris au niveau extra-cantonal.

6.1.2 EMSP

Dans un contexte de forte pénurie médicale dans le domaine des soins palliatifs, le réseau ARCOS a décidé de soutenir la création de l'unité hospitalière du CHUV, en y transférant l'un des 2 médecins intervenant dans l'équipe mobile, même si cette décision affaiblit à court terme son action. A l'inverse, depuis l'automne, une psychologue à 20% vient compléter les compétences médico-infirmières de cette équipe.

En dehors des formations, l'EMSP intervient sur demande des équipes (médecins et/ou infirmiers.ères) de 1^{ère} ligne : consultations médicales et infirmières au chevet du patient, conseils téléphoniques, aide dans l'orientation de la personne malade au sein du réseau, soutien des équipes soignantes.

La majorité (52%) de ces interventions a eu lieu à domicile et 27% sont faites en EMS.

A notre grande satisfaction, l'année 2011 affiche une sensible augmentation des prises en charge cliniques par l'équipe mobile; les réflexions destinées à augmenter encore cette activité doivent se poursuivre et la consultation infirmière doit encore se développer. L'une des stratégies utilisée est le développement des compétences des infirmier.ères de l'équipe : formation d'un infirmier clinicien, formation spécialisée en soins palliatifs d'une infirmière et formation en analyse des pratiques professionnelles.

6.1.3 PROPAL 2015: le projet d'amélioration du dispositif en soins palliatifs sur ARCOS

La nécessité de mieux répondre aux besoins des patients a conduit le réseau ARCOS à définir et prioriser huit axes d'amélioration du dispositif en soins palliatifs dans le cadre du projet PROPAL 2015. Trois axes prioritaires ont été retenus pour 2011 : le renforcement du rôle des IRSP, la coordination des soins palliatifs à la sortie de l'hôpital et l'accessibilité aux soins palliatifs pour tous.

Ce projet est soutenu par le programme cantonal de développement des soins palliatifs.

- **Amélioration du dispositif « Infirmière ressource en soins palliatifs »**

Un groupe de projet représentatif a analysé les conclusions de l'étude réalisée entre 2008 et 2010 par l'UNIL et le CHUV et a recueilli des données et informations diverses liées au fonctionnement du dispositif en EMS et en CMS. Différents axes de réflexion ont été passés au crible : le cahier des charges, le profil professionnel, la formation initiale, la formation continue, les stratégies de reconnaissance de la fonction d'IRSP, l'intégration de cette fonction dans les institutions.

Des propositions d'amélioration ont été élaborées, communiquées et acceptées; les mises en œuvre sont prévues pour 2012 et 2013 : nouveau cahier des charges, construction d'un module de formation complémentaire « Investir mon rôle d'IRSP », remaniement des actions de formation continue, réflexions inter-réseaux de soins vaudois, avec les organes faitiers concernant les stratégies d'intégration et de reconnaissance de la fonction.

- **« Sortie de l'hôpital et soins palliatifs »**

Un groupe de projet constitué d'un médecin, une représentante de la direction médicale du CHUV et diverses « infirmières-clés » (équipe mobile intra-hospitalière CHUV, équipe mobile ARCOS, IDL, consultante en soins infirmiers soins à domicile) ont analysé les communications interprofessionnelles (types et modes de transmission) concernant les patients sortant de l'hôpital et ayant bénéficié d'une consultation spécialisée en soins palliatifs en cours d'hospitalisation.

L'objectif est de proposer en 2012 un complément à la documentation médico-infirmière existante et d'optimiser la transmission des informations nécessaires au suivi du patient à domicile, en utilisant de manière adaptée les outils informatiques en cours de développement.

- **Accessibilité aux soins palliatifs pour tous**

Dans la perspective d'améliorer l'accès aux soins palliatifs à tous, comme le stipule le programme cantonal de développement des soins palliatifs, trois pistes de réflexion ont été envisagées:

- l'information au public : sujet qui a été largement travaillé au niveau de la santé publique et du programme cantonal. De nombreuses actions ont été entreprises : expositions, conférences, fascicule d'information, site WEB (www.accompagner.ch), formations pour les proches, etc. Le développement a été tel que le réseau a estimé ne pas pouvoir apporter de nouvelles idées et a préféré concentrer ses réflexions sur les autres axes de développement potentiel.
- la sensibilisation des médecins traitants : un projet de table ronde est en cours et devrait se réaliser en 2012, autour du sujet du développement des prises en charge médicales en soins palliatifs, en cabinet et à domicile.
- un outil d'aide à la réflexion destiné aux professionnels de soins : un outil simple en 10 questions pour aider à la prise de décision de faire appel ou non à une équipe spécialisée en soins palliatifs a été conçu avec la contribution de deux médecins et la responsable du programme cantonal. Une phase test est prévue début 2012, suivie par une probable mise en circulation.

- **Projets 2012**

La direction de projet de la filière soins palliatifs du réseau ARCOS a défini les prochains projets à développer, ceux-ci concernent l'équipe mobile de soins palliatifs : une réflexion quant au mode de

fonctionnement et au modèle de consultance; ainsi qu'une réflexion concernant le développement des consultations infirmières.

6.2 Filière psychiatrie de l'âge avancé

Les axes de développement validés par l'Assemblée générale d'ARCOS le 10 novembre 2010 ont été concrétisés par le lancement et/ou la réalisation de nouveaux projets permettant de donner un nouveau souffle à la filière.

6.2.1 Les formations aux entretiens de réseau

Lancées à fin 2009, les réflexions en vue d'ouvrir la formation existante aux acteurs de la psychiatrie adulte du réseau ont abouti, au premier trimestre 2011, à la mise sur pied d'un nouveau concept de formation généraliste et interdisciplinaire de deux niveaux :

- La formation aux entretiens de réseau, Niveau I, est une formation de 2 jours ayant pour but de donner aux participants les outils utiles pour être capables de bien diriger un entretien de réseau et d'en devenir un membre actif et constructif. Cette formation est le prolongement de la formation existante depuis 2007. Elle est conduite par un formateur spécialisé dans le domaine médico-social et co-animée pendant une matinée par un médecin du SUPAA et un médecin du Département de psychiatrie du CHUV ;
- La formation aux entretiens de réseau, Niveau II, est une nouvelle formation d'une journée ayant pour but de permettre aux participants de consolider les connaissances acquises lors du Niveau I pour être à l'aise dans l'animation d'entretiens de réseau et dans une participation active et constructive en entretiens. Cette formation est conduite par le formateur spécialisé dans le domaine médico-social animant le Niveau I.

Ces deux niveaux sont dorénavant destinés aux médecins praticiens ainsi qu'au personnel diplômé (assistants sociaux, ergothérapeutes, infirmières, médecins hospitaliers, etc.) des structures d'hébergement, CMS, BRIO (ARCOS), SUPAA (CHUV), Service de psychiatrie générale (PGE, CHUV), Service de psychiatrie de liaison (PLI, CHUV), CTR et autres Soins aigus amenés à intervenir dans des entretiens de réseau et en particulier aux personnes de référence.

En 2011, 78 personnes ont pris part à l'une des six sessions du Niveau I. Ainsi, depuis 2007, 238 personnes au total ont pu bénéficier de cette formation de base aux entretiens de réseau. En outre, 16 personnes ont pris part à l'une des deux sessions du nouveau Niveau II.

6.2.2 Les stages interinstitutionnels

Lancés en 2006, les stages entre institutions spécialisées et non spécialisées en psychiatrie de l'âge avancé ont été effectués, au total, par 127 personnes, soit 59 personnes diplômées et 68 non diplômées.

En 2011, seules 2 personnes (une diplômée et une non-diplômée) ont bénéficié de ces stages de 2 jours d'immersion dans la pratique de l'autre. Les 2 stagiaires issues d'EMS ont suivi un stage pour l'une en EMS, pour l'autre au sein de l'APROMAD.

Le manque marqué d'intérêt pour ces stages confirme le choix opéré en 2010 de retravailler entièrement le concept de stages, de manière à offrir aux membres du réseau une formation comprenant un stage personnalisé et structuré de 2 jours avec l'encadrement d'un référent-terrain qualifié.

Le Groupe de référence de la filière a validé en novembre 2011 le nouveau concept de formation développé par un groupe de travail interinstitutionnel. Les stages interinstitutionnels lancés en 2006 seront remplacés par une formation en 3 modules co-animés par des professionnels du réseau et de la psychiatrie de l'âge avancé : un module collectif pour la préparation au stage, un stage individuel de 2 jours et un module collectif pour l'évaluation et l'exploitation du stage.

Cette nouvelle formation sera destinée aux professionnels diplômés du réseau qui accompagnent des personnes âgées avec des problèmes de type psychiatrie de l'âge avancé ainsi qu'aux directeurs d'institution et cadres institutionnels.

La nouvelle offre sera présentée aux membres du réseau au premier semestre 2012 et une première session organisée au quatrième trimestre 2012.

6.2.3 Les transferts entre l'hôpital, les structures d'hébergement et le domicile

Le projet lancé en mars vise à améliorer les transmissions entre partenaires et la « circulation » des personnes démentes au sein du réseau, à améliorer les processus de prise en charge des personnes âgées avec troubles psychiatriques et à réduire la souffrance des résidents/patients/clients lors des transferts entre partenaires.

Après s'être penché sur les accords et protocoles de collaboration existants, le groupe de travail inter-institutionnel a commencé ses travaux en formulant des propositions de modifications et de compléments. Ceux-ci concernaient le « Protocole réglant les conditions d'entrée et de sortie entre les établissements du réseau ARCOS ayant des lits A ou B somatiques et les services d'aide et de soins à domicile du Canton de Vaud et les EMS du réseau ARCOS » afin d'offrir une base commune à l'ensemble des acteurs, y compris aux partenaires de la psychiatrie de l'âge avancé. Ce projet de protocole sera soumis à la Commission de suivi des protocoles au premier semestre 2012.

Le groupe de travail se penchera, dans un deuxième temps, sur les situations de transferts dites difficiles, afin de définir un modèle d'intervention pour assurer un passage de meilleure qualité entre les structures d'hébergement, l'hôpital et le domicile.

6.2.4 Le plan cantonal Alzheimer et le Centre-mémoire du CHUV

Les réseaux ont été mandatés en fin d'année 2010 pour participer à la mise en œuvre du plan cantonal Alzheimer, en particulier en ce qui concerne les quatre Centres-mémoire du canton. Pour sa part, le réseau ARCOS a notamment été appelé pour assurer la coordination entre le Centre-mémoire du CHUV et les membres du réseau, les médecins non membres ainsi que l'Association Alzheimer Vaud.

Le rôle du réseau ARCOS consiste, sur un plan clinique régional, à clarifier les besoins et attentes des partenaires, à coordonner les prestations du Centre-mémoire avec les prestations gériatriques et psychogériatriques existantes, à renforcer la collaboration de la première ligne (médecins de premier recours et CMS) en réunissant tous les partenaires concernés ainsi qu'à promouvoir le programme Alzheimer dans son ensemble. Le réseau ARCOS sera également amené, dans un deuxième temps, à se pencher sur les aspects d'information et de formation.

Un groupe de coordination interinstitutionnel a été mis sur pied ; il est composé de représentants des membres du réseau et partenaires concernés. Ce groupe s'est principalement penché sur les besoins et attentes des différents acteurs (médecins de premier recours, CMS, Association Alzheimer Vaud, EMS) vis-à-vis du Centre-mémoire, dans sa mission régionale.

Les travaux se poursuivront en 2012 afin que le Centre-mémoire du CHUV, qui ouvrira ses portes début 2013, réponde au mieux aux besoins et attentes de l'ensemble des partenaires.

6.3 Filière psychiatrie communautaire

6.3.1 Collaboration Hôpital-CMS

En 2011, année d'implantation et de développement des projets en cours, la collaboration entre les CMS et l'Hôpital psychiatrique de Cery trouve peu à peu ses marques et s'enrichit mutuellement.

Stages interinstitutionnels d'échanges de pratiques entre le Service de psychiatrie générale du département de psychiatrie (DP-CHUV) et les CMS

Un document commun décrivant l'organisation et l'évaluation des trois jours de stage proposés pour chacun des services a été créé : cette base commune sert désormais de référence aux collaborateurs réalisant un tel stage.

Un 1^{er} stage « pilote » a été réalisé par la cheffe de projet, ce qui a permis, notamment, d'affiner les modalités pratiques de mise en place des stages.

Les stages ont pu débuter en mai 2011 : 7 infirmiers du PGE ont effectué un stage dans un CMS tandis qu'une seule infirmière de CMS a effectué un stage au PGE en 2011 : cela s'explique notamment par des difficultés d'organisation en lien avec l'accroissement de la charge de travail dans les CMS. Les référents de stages des milieux concernés ont proposé plusieurs aménagements, qui devraient favoriser une plus grande participation des CMS.

Les retours des collaborateurs ayant réalisé le stage sont très positifs : les objectifs ont été atteints et chacun a pu développer une connaissance approfondie du travail des CMS. De fait, les collaborateurs sont désormais plus attentifs lors de demandes adressées par leurs collègues des CMS et face aux situations conjointes lors d'hospitalisation.

Formation aux entretiens de réseaux

Depuis mai 2011, cette formation est ouverte aux professionnels du secteur de la psychiatrie adulte, devenant ainsi une formation commune inter-filières.

Dès lors, 4 sessions de formation ont eu lieu, auxquelles 13 personnes de cette filière, dont 10 infirmiers, 2 assistants sociaux et 1 médecin ont participé. Cette formation est très appréciée des collègues (participation multidisciplinaire), notamment en raison de la possibilité de rencontrer des soignants d'autres milieux professionnels et d'échanger autour de leur pratique professionnelle.

Situations partagées

Un des objectifs 2011 consistait à faire le point quant au nombre de situations partagées entre les trois ASAD et le PGE. Il nous semblait dès lors intéressant d'avoir une « photographie » du nombre de situations cliniques partagées, une notion mal connue de la part du groupe de projet. Cependant, l'atteinte de cet objectif a été laborieuse et la collaboration avec les CMS entravée par les changements internes observés, ainsi que par la surcharge de travail supposée lors de la mise en œuvre d'une telle démarche. Toutefois, 23 situations du pôle hospitalier, 26 de l'ambulatoire, 5 demandes d'intervention des CMS et 3 situations complexes ont été partagées.

Rencontres de cadres

Si, au départ, deux rencontres de cadres étaient envisagées, une seule a toutefois pu avoir lieu à la fin 2011. Cette séance a réuni une quarantaine de cadres des deux institutions partenaires (PGE et Soins à domicile) et a permis d'échanger des informations et de dresser un bilan de l'année écoulée. Un moment fort de cette rencontre fut notamment la présentation de l'organisation de PGE et des trois ASAD. Une représentante des équipes mobiles a également mis en avant les éléments clés de leur activité, suscitant une riche discussion autour des enjeux et territoires communs CMS-PGE.

Colloques pratiques de réseau à l'hôpital

Ces colloques, dont l'objectif est de développer une culture de service du travail en réseau, ont lieu une fois par mois. L'animation est garantie, à tour de rôle, par les équipes des 3 services de psychiatrie générale. Dans le contexte de la collaboration entre le CMS et le PGE, ces colloques de pratique de réseau ont permis de développer une culture de service du travail en réseau et de favoriser sa compréhension. En 2011, 10 colloques de pratique de réseaux ont été mis sur pied. Ces colloques de pratique de réseaux se sont donc bien implantés et seront poursuivis à la même fréquence en 2012.

6.3.2 Collaboration Hôpital-Hébergement

L'année 2011 a été essentiellement marquée par le début de l'expérience pilote du projet : « Suivi de transition et implantation d'outils de réseau pour l'hébergement des personnes souffrant de troubles psychiatriques ». Ce projet engage l'hôpital psychiatrique adulte de Cery et couvre le périmètre des structures d'hébergement à mission psychiatrique du canton.

Deux assistants sociaux et deux infirmiers ont endossé le rôle de case manager de liaison hébergement (CMLH), en s'inspirant du modèle de case management de transition (CMT) pour le retour à domicile (cf. rapport annuel 2010).

De multiples présentations du projet général, ainsi que du rôle spécifique de CMLH aux partenaires concernés, ont permis de renforcer les collaborations par une meilleure connaissance et prise en compte des missions respectives. L'expérience réalisée a mis en évidence la nécessité d'adapter ce modèle à la population cible en y intégrant les besoins des différents terrains impliqués. Pour favoriser cette co-construction, l'équipe projet s'est vue renforcée par la participation de deux représentants des structures d'hébergement (EMS et FSE).

Pour répondre au mieux aux besoins et attentes des divers partenaires dans la transition hôpital-hébergement, tout en restant centré sur le patient, des outils cliniques et d'évaluation spécifiques ont été retenus, soit : ELADEV (échelle lausannoise d'auto-évaluation des difficultés et des besoins), la Carte réseau (cartographie du réseau des personnes autour du patient) et le Plan de crise partagé.

Par ailleurs, le dossier clinique s'est affiné afin de recueillir et documenter de façon systématique les données essentielles en lien avec la problématique de l'hébergement. Un protocole d'intervention a été élaboré avec l'identification de trois temps distincts essentiels et indispensables à la construction d'un projet de vie en hébergement : 1. l'évaluation des besoins centrée sur le patient, 2. l'orientation, 3. le soutien/accompagnement post-hospitalier.

Par leur mobilité, les cases managers ont parfois pu soutenir des patients en crise directement dans les lieux de vie offrant ainsi une alternative à l'hospitalisation.

Pour déployer leur fonction, ces derniers bénéficient d'une supervision régulière préservant une approche communautaire et renforçant leur rôle autonome.

La recherche-action initialement prévue dans le cadre du projet a nécessité divers redimensionnements, notamment pour des raisons budgétaires. Une équipe de recherche s'est mise sur pied, sous la responsabilité de la Haute Ecole de santé La Source (HEdS) et en partenariat avec la Haute Ecole de Travail Social et de la Santé (EESP).

Renommée « La transition entre l'hôpital psychiatrique et les structures d'hébergement », cette étude qualitative vise à explorer les attentes et points de vue des différents acteurs (usagers, proches et professionnels) dans le cadre de la constitution de la filière cantonale d'hébergement. Il s'agit plus précie-

sément d'améliorer la compréhension des transitions entre l'hôpital psychiatrique et les structures d'hébergement et de développer des modes de coopération entre les acteurs concernés. Après une phase d'information, le recrutement des participants a pu démarrer et la récolte des données, au moyen d'entretiens individuels et de focus, est prévue pour début 2012.

Par ailleurs, une collaboration active avec le projet « filière cantonale d'hébergement psychiatrie adulte » a été engagée en raison des nombreuses synergies avec notre projet.

6.3.3 Filière cantonale d'hébergement

La création d'une « filière d'hébergement de psychiatrie adulte » se dessine. Le rapport intermédiaire, dévoilé au printemps 2011, le confirme et nous offre les premiers contours pour une telle filière. Ainsi, l'objectif, de réunir dans un seul cadre administratif et réglementaire les établissements situés sur le territoire vaudois ayant une mission d'accueil et d'hébergement pour personnes adultes atteintes dans leur santé psychique, se concrétise.

Les réseaux sont plus directement concernés par les différents scénarios présentés dans le rapport concernant le futur dispositif d'orientation et de coordination. Deux modèles ont été retenus lors des différentes consultations : le modèle « Rattachement aux réseaux de soins sur le modèle BRIO » et le « Modèle mixte » avec une architecture à deux niveaux (des équipes de coordination régionale chargées de l'orientation des patients sur les sites hospitaliers et une centrale cantonale chargée de la gestion des disponibilités et des demandes d'hébergement). Des représentants de notre réseau participent activement au groupe de travail qui prépare et peaufine ce futur dispositif.

Les travaux pour cette nouvelle filière se poursuivent notamment dans les axes : renforcement des outils de réseau, compétences requises, planification des structures intermédiaires. Un rapport complet est attendu courant 2012. Ce projet, très attendu par le milieu, reçoit à ce jour un accueil très favorable et a su, d'ores et déjà, mobiliser des nombreuses synergies.

6.4 Filière gériatrie communautaire

Projet Géri-A-Com

Le projet Géri-A-Com - Gériatrie Ambulatoire et Communautaire -, lancé en janvier 2010 sur l'initiative du Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique du CHUV dans le cadre de son programme stratégique transversal « vieillissement et personnes âgées », vise le développement et la coordination de la prise en charge des patients âgés vivant dans la communauté. Le projet, prévu jusqu'à la mi-2012, a connu les développements suivants en 2011 :

Volet 1 : Consolidation de la consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie

La consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie, qui fonctionne en interdisciplinarité (médecins, infirmières, physiothérapeutes et ergothérapeute), a pour but de venir en appui aux médecins traitants pour la prise en charge de situations difficiles. A son démarrage en 2010, cette consultation venait essentiellement en aide aux médecins en formation de la PMU. En 2011, plus de 60% des patients y ont été référés par des médecins de ville.

Volet 2 : Poursuite de la collaboration gériatrique dans les EMS court-séjour du réseau ARCOS

La collaboration gériatrique dans les EMS court-séjour s'est poursuivie sur la base des travaux et réflexions menés en 2010. Ainsi, les données relatives au profil des personnes admises en court-séjour gériatrique depuis le CHUV ont continué d'être collectées ; ces données seront traitées dans le rapport final du projet. En outre, des formations et un accompagnement des professionnels à la mise sur pied d'un colloque interdisciplinaire ont pu être mis en œuvre au sein de la Fondation Clémence. Enfin, un programme de prévention des chutes a également pu être finalisé dans le cadre d'une collaboration avec la Fondation de l'Orme.

Volet 3 : Développement d'un modèle de collaboration entre médecins de premier recours de la PMU et infirmier spécialisé en gériatrie

Ce volet vise à faciliter la prise en charge des personnes âgées en proposant un soutien direct, par un infirmier spécialisé en gériatrie, aux médecins de premier recours de la PMU. Ce soutien consiste principalement en une aide à l'implémentation des recommandations de prise en charge gériatrique (coordination, suivi et réévaluation des interventions).

Ce modèle de collaboration est encore dans une phase-test. En 2011, l'infirmier spécialisé en gériatrie du projet Géri-A-Com a suivi 20 patients en collaboration avec une dizaine de médecins traitants. Ces suivis permettront d'affiner les potentialités de développement des futurs modèles de casemanagement.

Volet 4 : Collaboration avec les CMS autour de la mise en œuvre du RAI (méthode d'évaluation pour les services à domicile)

Les objectifs de cette collaboration sont notamment de venir en aide aux CMS pour l'interprétation des données fournies par l'outil RAI et pour la mise en œuvre d'un plan d'intervention en relation avec les problèmes identifiés par l'instrument RAI.

Ce volet - extrêmement riche - a pu se déployer grâce à un partenariat entre l'APROMAD et le Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique du CHUV. Il sera poursuivi jusqu'à la fin du projet. Il devrait offrir, à terme, un potentiel de développement encore plus large au niveau cantonal.

6.5 Programme cantonal diabète (PcD)

Parmi les différentes stratégies déployées durant l'année 2011 par le PcD, figurent la mise en place de coordinateurs régionaux et la création de Forums régionaux dans les quatre régions sanitaires concernées.

Dès février 2011, une coordinatrice régionale a été nommée pour notre réseau. Les axes prioritaires de sa mission : développer et promouvoir le réseau de soins des professionnels de la santé concernés par le diabète, promouvoir des actions liées à la prévention primaire et secondaire du diabète et être le relais du PcD dans la région lausannoise et pour le réseau ARCOS.

En novembre 2011, le 1^{er} Forum Diabétologie pour la région lausannoise (ARCOS) s'est déroulé au musée Olympique. Près de 80 professionnels de la santé y ont participé, contribuant ainsi à son succès. Le lancement de ce 1^{er} Forum a permis au réseau de s'impliquer pour la première fois de manière directe dans le domaine du diabète. De nouveaux liens entre professionnels ont été tissés et de futures rencontres de collaboration envisagées. Les participants y ont également exprimé des besoins, ressentis par le terrain, dont : le développement d'un langage commun des professionnels prenant en charge des patients diabétiques, des moyens de communication efficaces, une meilleure visibilité des ressources à disposition, l'amélioration de la coordination entre professionnels et ressources du réseau et la mise en place d'une formation continue.

Durant l'année, d'autres travaux ont été entrepris afin d'identifier les ressources en diabétologie dans les différentes structures sanitaires de la région et proposer un état des lieux des projets s'occupant de patients diabétiques. En cours également, la constitution d'un répertoire pour la région lausannoise regroupant des professionnels intéressés et/ou impliqués dans la prise en charge des patients diabétiques.

6.6 Cellule HPCI

6.6.1 Activités principales des membres de la Cellule régionale HPCI ARCOS

Activités extraordinaires en 2011

Comme en 2010, une bonne partie de l'activité a été consacrée en 2011 à l'enquête MRSA EMS Vaud avec la 2^{ème} série des dépistages pour les institutions ayant déjà participé en 2010.

Enquête MRSA	Résultats (centre)
Dépistages dans les diverses institutions	59 j de dépistage
Formations intra-muros pour les EMS du groupe contrôle	14 EMS /241 participants

Surveillance ordinaires

Les membres de la Cellule HPCI ARCOS ont assuré les surveillances énumérées ci-dessous :

Surveillance dans les établissements de soins chroniques de:	Taux de participation des EMS	Résultats
Taux de vaccination contre la grippe saisonnière des résidents	100%	85%
Taux de vaccination contre la grippe saisonnière du personnel		37%
Consommation de solution désinfectante pour les mains	95%	2.8 désinf./j/résdt.

Commentaires sur les indicateurs 2011 :

- Surveillance de la vaccination contre la grippe saisonnière :
On note que les chiffres 2011 pour l'adhésion à la vaccination du personnel contre la grippe saisonnière sont identiques à l'année 2010 et en légère augmentation pour la vaccination des résidents.

- Consommation de solution hydro-alcoolique pour la désinfection des mains :
L'adhésion des EMS à cet indicateur a été retenue pour sa simplicité, son impact sur les infections et comme indicateur indirect de l'impact des formations de base dispensées par l'Unité cantonale HPCI et la Cellule régionale ARCOS.
En 2011, on relève une légère augmentation de la consommation de solution hydro-alcoolique pour la désinfection des mains. On passe de 7.6 ml/résident/jour en 2010 à 8.3 ml/résident/jour en 2011, soit une augmentation de plus de 9%, ce qui est encore en dessous de notre objectif fixé à 5 désinfections/résident/jour (soit 15 ml/résident/jour).

Remarque : les surveillances proposées aux établissements de soins aigus par le programme cantonal (bactériémies, infections du site opératoire, la prévalence des infections nosocomiales et des infections liées à l'hémodialyse) ne sont pas reportées dans le présent document mais le CHUV et plusieurs cliniques de la région lausannoise y ont participé.

6.6.2 Formations

Intitulé des cours	Nombre de cours
• Hygiène des mains port de gants	1
• Hygiène de base – Précautions Standard – Mesures Additionnelles	8
• Bactéries Multi-Résistantes et Entérocoque Vancomycin Résistant	2

Participation aux formations de la cellule HPCI ARCOS : 21 EMS avec environ 200 collaborateurs

6.6.3 Consultations et demandes ponctuelles

En 2011, la cellule HPCI ARCOS a répondu à des demandes ponctuelles provenant des soignants : 716 consultations dont :

- 220 rapports écrits avec supervision médicale pour les EMS dont :
 - 118 pour la prise en charge du résident porteur MRSA. Lors de tout transfert du CHUV vers un EMS une consultation écrite adressée à l'institution afin de proposer des mesures de prise en charge du patient porteur de MRSA
 - 3 pour la prise en charge de résidents avec Norovirus + Clostridium difficile
 - 44 pour la prise en charge d'un résident porteur de Bactérie Multi Résistante (ESBL, VRE)
 - 55 consultations par mails pour demandes diverses
- 2 consultations écrites avec supervision médicale pour la prise en charge d'un résident porteur de MRSA pour les CMS
- 3 consultations avec visite sur le terrain (EMS)
- 1 correction de documents (EMS)
- 490 demandes téléphoniques gérées par les infirmières régionales
- HPCI : corrections des copies (2 infirmières HPCI ARCOS)

6.6.4 Formation Hygiène de Base pour le nouveau personnel des EMS et CMS

- Elaboration du concept de formation
- Concept de formation soumis aux directions des institutions par courrier et présenté lors de la rencontre des Répondants HPCI des EMS

7. LISTE DES MEMBRES AU 31 DECEMBRE 2011

Groupe EMS (Etablissements médico-sociaux) :

- Aubépinés (EMS Les)
- Baumettes (Fondation Les)
- Béthanie (Institution de)
- Bois-Gentil (EMS)
- Boissonnet (Fondation)
- Borde (Foyer de la)
- Boveresses (EMS Les)
- Chantemerle (EMS)
- Château de la Rive (EMS)
- Châteaux (Fondation Les)
- Clair Soleil (EMS)
- Clémence (Fondation)
- Clos Bercher (Résidence)
- Colline (Résidence La)
- Colombes (EMS Les)
- Donatella Mauri (Fondation)
- Faverge (EMS La)
- Flon (EMS Le)
- Grand Vennes (Résidence)
- Home (EMS Le)
- Ilot du Parc (Résidence)
- Joli Automne (EMS)
- Maison d'Orphée (La)
- Marronnier (EMS Le)
- Meillerie (Résidence)
- Méridienne (Mont-Riant)
- Mont-Calme (Fondation)
- Nos Pénates (Fondation)
- Novalles (EMS Les)
- Odyse (EMS)
- Oriel (Fondation L')
- Orme (Fondation de L')
- Paix du Soir (EMS La)
- Parc de Valency (Résidence)
- Pensée (EMS La)
- Pergolas (Claire Magnin)
- Pins (EMS Les)
- Plein Soleil (Fondation)
- Point du Jour (Foyer du)
- Praz Joret (Résidence)
- Praz Séchaud (1 et 2)
- Pré-Fleuri (Résidence)
- Pré-Pariset/Pré-de-la-Tour (Fondation)
- Primeroche (Fondation)
- Recordon (EMS)
- Rozavère (Fondation La)
- Signal (Association Le)
- Thonney (Pension)
- Trémières (Résidence Les)
- Vernie (EMS La)

Groupe des Associations de soins et d'aide à domicile :

- ALSMAD – CMS de Lausanne
- APROMAD – CMS de la Couronne lausannoise
- APREMADOL – CMS de l'Ouest lausannois

Groupe Soins aigus et réadaptation (hôpitaux, centres de traitements et de réadaptation, institutions psychiatriques) :

- CHUV, y compris :
 - CUTR Sylvana
 - Département universitaire de médecine et santé communautaire
 - Département de psychiatrie
- PMU (Policlinique médicale universitaire)
- Hôpital de Lavaux
- Hôpital Ophtalmique
- CePO (Centre pluridisciplinaire d'oncologie)

Groupe des Médecins :

- Yvette Barbier
- Jean-Michel Bigler
- Corinne Bonard
- Marc Bonard
- Pierre Corbaz
- Serge Cuttelod
- Marco Danese
- Stéphane David
- Hedi Decrey
- Frédéric Fellrath
- Jean-Philippe Grob
- Pierre Gubelmann
- Thomas Hongler
- Christian Jaccard
- Michaël Klay
- Pierre Kohler
- Bernard Mange
- Nicolas Paschoud
- François Rion
- Corinne Rolaz
- Alain Schwob

Groupe des Communes

District de Lausanne

- Cheseaux
- Epalinges
- Jouxten-Mézery
- Lausanne
- Le Mont-sur-Lausanne
- Romanel

District de Lavaux-Oron

- Belmont-s/Lausanne
- Bourg-en-Lavaux
- Bussigny-sur-Oron
- Châtillens
- Chesalles-s/Oron
- Chexbres
- Ecoteaux
- Essertes
- Ferlens
- Forel (VD)
- Les Cullayes
- Les Tavernes
- Les Thioleyres
- Lutry
- Maraçon
- Mézières
- Montpreveyres
- Oron-la-Ville
- Oron-le-Châtel
- Palézieux
- Paudex
- Puidoux
- Pully
- Rivaz
- Saint-Saphorin
- Savigny
- Servion
- Vuibroye

District du Gros-de-Vaud

- Assens
- Bercher
- Bettens
- Bioley-Orjulaz
- Bottens
- Bournens
- Boussens
- Bretigny-sur-Morrens
- Cugy
- Echallens
- Essertines-sur-Yverdon
- Etagnières
- Fey
- Froideville
- Goumoens
- Jorat-Menthue
- Mex
- Montilliez
- Morrens
- Oulens-sous-Echallens
- Pailly
- Penthéréaz
- Peyres-Possens
- Poliez-Pittet
- Rueyres
- St-Barthélemy
- Sullens
- Villars-le-Terroir
- Vuarrens
- Vufflens-la-Ville

District de l'Ouest lausannois

- Bussigny
- Chavannes-près-Renens
- Crissier
- Ecublens
- Prilly
- Renens
- St-Sulpice
- Villars-Ste-Croix

District de Broye-Vully, communes rattachées au réseau ARCOS jusqu'au 30.06.2012

- Carrouge
- Corcelles-le-Jorat
- Ropraz
- Vuillens

Membres Associés :

- Althaus Patrick
- Armée du Salut (Institution sociale vaudoise)
- Assistance à Domicile SA
- Clinique Cecil
- Clinique Bois-Cerf
- Clinique La Source
- Clinique Longeraie
- Clinique Montchoisi
- Pension Collonges
- Eben-Hézer, Maison Julie Hofmann
- EHC - Ensemble hospitalier de la Côte
- Fédération suisse des sages-femmes, section VD
- GRAAP - Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique
- HECVS - Haute école cantonale vaudoise de la santé
- IDP Médical
- LVC – Ligue vaudoise contre le cancer
- Permed SA
- Rey Pharmacie
- Smet Thierry
- SPLE - Société des pharmaciens Lausanne et environs
- SVM - Société vaudoise de médecine
- Vidy-Med

Présidente de l'Association : Hélène Brughera

7.1 Comité

Suite à la démission de M. Stéphane Jeanneret, la nouvelle directrice de l'APREMADOL, Mme Tiziana Brutto Koller a été nommée au comité dès le 2^{ème} semestre.

Le Dr Hugues Burkhalter, Groupe Médecins, a démissionné et n'a pas encore été remplacé.

La fin de la législature a vu un renouvellement des élus communaux, les 4 districts ont dès lors nommé de nouveaux représentants dès le 2^{ème} semestre. Il s'agit de Mme Michelle Beaud pour l'Ouest lausannois, de Mme Muriel Preti pour Lavaux-Oron, de M. Dominique Tille pour le Gros-de-Vaud et de M. Oscar Tosato pour Lausanne.

Mme Hélène Brughera, en tant que Présidente de l'Association, participe aux séances du comité.

Groupe Associations de soins et d'aide à domicile (ASAD) :

- | | |
|--|-----------|
| • Chevalley Edna | APROMAD |
| • Clivaz Luchez Patrizia | APROMAD |
| • Jeanneret Stéphane / Brutto Koller Tiziana | APREMADOL |
| • Mamboury Joyet Catherine | ALSMAD |

Groupe Soins aigus et réadaptation (SAR) :

- | | |
|------------------------|-------------------|
| • Baeuchle Marc | Hôpital de Lavaux |
| • Bonsack Charles | CHUV |
| • Brioschi Levi Hélène | CHUV |
| • Büla Christophe | CHUV |

Groupe Médecins :

- Dr Bonard Marc
- Dr Cuttelod Serge
- Dr Schwob Alain

Groupe EMS :

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| • Berthet Pierre | Fondation Pré Pariset |
| • Gay Carol | EMS Le Marronnier |
| • Herren-Favez Marianne | EMS L'Oriel |
| • Pasquali Adriano | EMS Arcades et Odysse |

Groupe Communes :

- | | |
|---|--------------------------------|
| • Bourquin Jean-Christophe / Tosato Oscar | District de Lausanne |
| • Blum Werner / Tille Dominique | District du Gros-de-Vaud |
| • Cerottini Jean-Charles / Beaud Michelle | District de l'Ouest lausannois |
| • Conne Jacques-André / Preti Muriel | District de Lavaux-Oron |

Observateurs :

- Hirt Pierre et Resplendino Janine du Service de la santé publique du canton de Vaud

7.2 Bureau exécutif

- Bonard Marc
- Bourquin Jean-Christophe (1^{er} semestre)
- Brioschi Levi Hélène
- Gay Carol
- Mamboury Joyet Catherine / Clivaz Luchez Patrizia

Présidente du Comité et du Bureau exécutif : Carol Gay

Le document est annexé au présent rapport.

A l'Assemblée générale de l'

**Association "Réseau de la Communauté Sanitaire de la région de
Lausanne" (ARCOS)**

Lausanne

**Rapport de l'organe de révision
Comptes annuels 2011**

(période du 1.1. au 31.12.2011)

16 mai 2012
7534/15'279'700/2150'0544/5+1-4
JFB/NME/gra

Rapport de l'organe de révision
à l'Assemblée générale de l'**Association "Réseau de la Communauté Sanitaire de la région de Lausanne" (ARCOS), Lausanne**

Conformément au mandat qui nous a été confié, nous avons procédé à un examen succinct des états financiers de l'Association "Réseau de la Communauté Sanitaire de la région de Lausanne" (ARCOS), pour l'exercice arrêté le 31 décembre 2011.

Ces états financiers relèvent de la responsabilité du Comité de direction alors que notre responsabilité consiste à émettre un rapport sur ces états financiers sur la base de notre examen succinct.

Nous avons effectué notre examen succinct selon la Norme d'audit suisse 910 Review (examen succinct). Cette norme requiert que l'examen succinct soit planifié et réalisé en vue d'obtenir une assurance modérée que les états financiers ne comportent pas d'anomalie significative. Un examen succinct comporte essentiellement des entretiens avec le personnel de la société et des procédures analytiques appliqués aux données financières. Il fournit donc un niveau d'assurance moins élevé qu'un audit. Nous n'avons pas effectué un audit et, en conséquence, nous n'exprimons donc pas d'opinion d'audit.

Sur la base de notre examen succinct, nous n'avons pas relevé de faits qui nous laissent à penser que les états financiers ne sont pas conformes à la loi Suisse et aux statuts.

Lausanne, le 16 mai 2012

BDO SA



Jean-Frédéric Braillard
Expert-réviseur agréé



pp Nicolas Métraux
Expert-réviseur agréé
Auditeur responsable

Annexes
Comptes annuels

Association "Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise" (ARCOS)

BILAN AU 31 DECEMBRE 2011

	31.12.2011 CHF	31.12.2010 CHF
ACTIFS		
Actifs circulants		
Liquidités	1'850'514.05	1'683'417.45
Débiteurs divers	110'033.33	1'707.58
Actifs transitoires	337'233.19	322'464.34
	2'297'780.57	2'007'589.37
Actifs immobilisés		
Garantie de loyer	6'506.95	0.00
TOTAL DE L'ACTIF	2'304'287.52	2'007'589.37
PASSIFS		
Fonds étrangers		
Fournisseurs	309'249.20	335'618.15
Autres engagements à court terme	139'641.86	102'857.87
Provision pour aménagement locaux	206'425.00	89'000.00
Passifs transitoires	503'553.10	219'383.45
	1'158'869.16	746'859.47
Fonds propres		
Fonds de réserve soins palliatif	336'443.04	229'591.04
Fonds de réserve HPCI	38'733.15	46'485.15
Fonds de réserve exploitation BRIO	302'652.52	78'319.52
Fonds pour réduction future de financement du BRIO	0.00	0.00
Fonds de réserve pour projets futurs	327'868.69	218'868.69
Fonds de réserve général	255'032.50	190'203.94
Résultat reporté (début de l'exercice)	0.00	0.00
Résultat de l'exercice	-115'311.54	497'261.56
Résultat reporté (fin de l'exercice)	-115'311.54	497'261.56
	1'145'418.36	1'260'729.90
TOTAL DU PASSIF	2'304'287.52	2'007'589.37

Association "Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise" (ARCOS)

COMPTE D'EXPLOITATION DU 1ER JANVIER AU 31 DECEMBRE 2011

	2011	2010
	CHF	CHF
PRODUITS		
Subventions		
Subvention - SSP fonctionnement	913'778.00	802'500.00
Subvention - SASH BRIO	93'148.00	45'229.17
Subvention - SSP BRIO	2'717'220.00	2'420'400.00
Subvention - SSP Soins Palliatifs	830'826.00	770'980.00
Subvention - SSP HCPI	202'000.00	200'400.00
Subvention - SSP BRIOCHE	202'187.00	137'517.40
Subvention - ASAD	384'061.00	370'500.00
Subvention - EMS	768'120.00	734'460.00
Subvention - CHUV	2'736'557.00	2'580'000.00
Subvention - Hôpital de Lavaux	217'003.00	214'142.20
	9'064'900.00	8'276'128.77
Cotisations		
Cotisation membres affiliés	8'600.00	8'200.00
Cotisation membres associés	2'875.00	3'800.00
Contribution membres affiliés	440'321.00	413'896.00
	451'796.00	425'896.00
Produits divers		
Intérêts	2'368.65	2'904.38
Autres produits	93'709.55	9'908.65
Rétrocession facturation équipe mobile	19'226.00	21'067.40
Récupération APG	170'922.00	92'293.55
	286'226.20	126'173.98
Produits années antérieures	28'757.37	41'658.15
Produits extraordinaires	11'313.05	0.00
	<hr/>	<hr/>
TOTAL DES PRODUITS	9'842'992.62	8'869'856.90
	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

Association "Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise" (ARCOS)

COMPTE D'EXPLOITATION DU 1ER JANVIER AU 31 DECEMBRE 2011 (SUITE)

	2011	2010
	CHF	CHF
CHARGES		
Charges du personnel		
Salaires	6'221'740.15	5'525'054.00
Charges sociales	1'322'888.60	1'168'269.88
	7'544'628.75	6'693'323.88
Autres charges de personnel		
Recrutement	7'976.90	30'544.35
Congrès	3'833.53	1'219.60
Honoraires Médecins-conseil	8'257.60	6'599.75
Autres frais de personnel	32'682.05	21'372.55
	52'750.08	59'736.25
Indemnités	58'989.40	51'444.50
Personnel externe	1'039'916.64	752'340.62
Formation, perfectionnement	85'174.80	23'105.05
Entretien, réparation		
Nettoyage locaux	3'758.60	5'669.40
Entretien des installations	8'071.00	2'716.55
Entretien équipement informatique	35'145.89	43'531.05
	46'975.49	51'917.00
Achat d'équipements, loyers		
Achat équipement technique	5'697.50	16'581.50
Achat équipement hardware	1'373.80	2'022.10
Achat équipement software	0.00	6'614.10
Achat de mobilier	15'446.45	2'714.35
Location photocopieurs	1'165.03	1'583.38
Loyers	130'044.30	113'560.00
	153'727.08	143'075.43
Energie	15'846.05	15'363.10
Intérêts passifs	439.90	2'146.20
<i>A reporter</i>	<i>8'998'448.19</i>	<i>7'792'452.03</i>

Association "Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise" (ARCOS)

COMPTE D'EXPLOITATION DU 1ER JANVIER AU 31 DECEMBRE 2011 (SUITE)

	2011	2010
	CHF	CHF
<i>Report</i>	<i>8'998'448.19</i>	<i>7'792'452.03</i>
Frais d'administration		
Fournitures de bureau	15'154.00	7'036.23
Imprimés	11'069.16	16'106.85
Fournitures informatiques	305.85	4'137.40
Frais de téléphone	7'298.45	6'060.69
Affranchissements	2'573.30	4'181.80
Services bancaires	329.56	266.58
Livres, journaux	3'036.20	2'671.22
Frais de représentation	17'379.35	8'918.50
Frais de déplacement	16'443.31	21'117.39
Mandat-expertises	122'158.20	79'130.40
Mandat finance	91'335.60	83'841.45
Mandat informatique	234'453.75	127'765.60
Autres mandats	4'752.00	71'000.00
Frais organe de révision	8'800.00	10'567.60
	535'088.73	442'801.71
Autres charges d'exploitation		
Médicaments	0.00	76.65
Traitement déchets	3'074.49	1'308.00
Primes d'assurances	3'475.10	3'290.30
Taxes, émoluments	0.00	550.00
Subventions diverses	175'730.40	40'000.00
Autres charges d'exploitation	1'144.35	317.55
	183'424.34	45'542.50
Charges années antérieures	35'501.45	21'022.45
Charges extraordinaires (*)	205'841.45	70'776.65
TOTAL DES CHARGES	9'958'304.16	8'372'595.34
RESULTAT DE L'EXERCICE	-115'311.54	497'261.56

(*) dont provision pour aménagement des locaux : CHF 181'425.00

Association "Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise" (ARCOS)

PROPOSITION D'AFFECTATION DU RESULTAT AU 31 DECEMBRE 2011

	CHF
<i>Bénéfice/Perte à disposition de l'assemblée</i>	
Résultat de l'exercice	-115'311.54
Bénéfice reporté au 1er janvier	0.00
Résultat de l'exercice	<u>-115'311.54</u>
<i>Attribution/prélèvement obligatoires</i>	
Prélèvement dans la réserve pour HPCI	-11'201.54
Attribution à la réserve pour soins palliatifs	65'054.00
<i>Proposition d'affectation</i>	
Transfert de la réserve exploitation BRIO à la réserve générale	-212'920.52
Transfert à la réserve générale de la réserve exploitation BRIO	212'920.52
Attribution à la réserve exploitation BRIO	35'346.00
Prélèvement dans la réserve pour projets futurs	-20'000.00
Prélèvement dans la réserve générale	-184'510.00
Total comme ci-dessus	<u>-115'311.54</u>

ETAT DES RESERVES APRES L'AFFECTATION DU RESULTAT AU 31 DECEMBRE 2011

	CHF
<i>Réserves à disposition d'ARCOS</i>	
Fonds de réserve pour projets futurs	307'868.69
Fonds de réserve général	283'443.02
Total	<u>591'311.71</u>
<i>Réserves à disposition de l'Etat</i>	
Fonds de réserve dispositif permanent (créé en 2011)	0.00
Fonds de réserve exploitation BRIO	125'078.00
Fonds de réserve soins palliatif	401'497.04
Fonds de réserve HPCI	27'531.61
Fonds de réserve diabète (créé en 2011)	0.00
Total	<u>554'106.65</u>
Total des réserves	<u>1'145'418.36</u>