



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 0 9

TABLE DES MATIÈRES

1	Glossaire	3
2	Synthèse	4
3	Membres et organes du réseau	5
3.1	Nouveaux statuts	5
3.2	Intégration des communes.....	5
3.3	Nouveaux membres (loi sur les réseaux, nouveau découpage géographique des réseaux)	5
4	Organisation et fonctionnement	6
4.1	Direction et cadres.....	6
4.2	Ressources humaines.....	6
4.3	Finances	7
4.4	Système d'information.....	9
4.5	Qualité	10
4.6	Infrastructure.....	11
5	Activités du BRIO	12
5.1	Activités et projets	12
5.2	Statistiques	13
6	Activités des filières	19
6.1	Filière soins palliatifs	19
6.2	Filière psychiatrie de l'âge avancé.....	20
6.3	Filière psychiatrie communautaire	20
6.4	Hygiène prévention et contrôle des infections.....	22
6.5	Filière gériatrie communautaire.....	24
7	Le forum	25
8	Liste des membres au 31 décembre 2009	26
9	Composition du Comité et du Bureau exécutif au 31 décembre 2009	28
9.1	Comité.....	28
9.2	Bureau exécutif.....	28
10	Comptes 2009 détaillés	29

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
ASAD	Associations d'aide et de soins à domicile
ASCOR	Association de soins coordonnés de la Riviera et du Pays d'Enhaut
BRIO	Bureau régional d'information et d'orientation
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CMS	Centre médico-social
CMT	Case management de transition
COPI PAM	Comité de pilotage « Propositions d'amélioration »
CORES	Coordination des réseaux de soins vaudois
CTR	Centre de traitements et de réadaptation
DMST	Document médico-social 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
EMSP	Equipe mobile de soins palliatifs
EMS	Etablissement médico-social
FNS	Fonds national de la recherche scientifique
Géri-A-Com	Projet Gériatrie ambulatoire et communautaire
HPCI	Hygiène, prévention et contrôle des infections
ICARE	Projet Indicateurs des réseaux de soins
IDL	Infirmier.ère de liaison
IRSP	Infirmier.ère ressource en soins palliatifs
Lit A	Lit de soins aigus
Lit B	Lit de soins de réadaptation
Lit C	Lit de soins chroniques (hébergement EMS)
MRSA	Staphylocoque doré résistant à la méticilline
PLAFA	Placement à des fins d'assistance
PIMEMS	Programme d'investissement et de modernisation des EMS
PMU	Policlinique médicale universitaire
SAR	Soins aigus et réadaptation
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

ARCOS Association « Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise »
Rue du Bugnon 4 – 1005 Lausanne
Tél. 021 34 72 50 – Fax. 021 341 72 51 – Mail. Reeau.arcos@arcos.vd.ch
Site web : www.arcosvd.ch

2 Synthèse

La mise en application de la loi sur les réseaux a rendu nécessaire l'adaptation des statuts du Réseau qui s'est ouvert aux 88 communes des 4 districts couverts par le périmètre d'ARCOS et à de nouveaux établissements de soins subventionnés.

La structure opérationnelle du réseau a connu un important renouvellement de ses cadres, avec en particulier le départ à la retraite de Mme A. Decollogny qui la dirigeait depuis 10 ans et son remplacement par M. D. Hude. Suite au départ de la responsable du BRIO, une nouvelle organisation de la direction a été mise en place.

Le résultat financier du réseau dans son ensemble, et du BRIO en particulier, a pu être mis à équilibre grâce à une subvention complémentaire du Service de la santé publique, à une contribution supplémentaire des EMS et à une limitation de la progression des dépenses salariales.

L'activité liée au système d'information s'est structurée avec l'élaboration d'un plan directeur et s'est développée avec le lancement de plusieurs projets cantonaux impliquant les services de l'Etat et les autres réseaux.

La pénurie de lits de long séjour a continué de peser sur l'engorgement du réseau et sur les délais d'attente pour l'obtention d'un hébergement. Néanmoins, les premières ouvertures de lits dans le cadre du programme PIMEMS 2 et les mesures prises par le réseau pour lutter contre l'engorgement ont eu comme effet d'inverser la tendance, avec pour la première fois une diminution des demandes d'hébergement en attente. Par ailleurs, des premières mesures ont été prises en vue d'étendre la collaboration du BRIO à de nouveaux EMS dans le domaine des courts séjours. Enfin, une fonction sociale a été introduite dans le BRIO pour compléter l'action des infirmier.ères de liaison dans la préparation de l'hébergement en EMS.

La filière soins palliatifs a développé les actions de formation entreprises tant par le réseau que par l'équipe mobile gérée par le CHUV, en particulier celles destinées aux établissements socio-éducatifs.

Le projet de suivi de transition, ou case management de transition, mené depuis plusieurs années dans le cadre de la filière psychiatrie communautaire, s'est achevé avec la publication des résultats de l'étude financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique et la pérennisation et l'extension du modèle à de nouveaux services de l'Hôpital de Cery et bientôt aux secteurs psychiatriques Nord et Ouest. Par ailleurs, la collaboration entre l'hôpital et les CMS s'est intensifiée.

La cellule régionale Hygiène, prévention et contrôle des infections (HPCI) s'est mobilisée tout particulièrement autour des mesures de prévention de la grippe A H1N1.

Un projet pilote intitulé « Gériatrie ambulatoire et communautaire » (Géri-A-Com) a été élaboré avec le Service de gériatrie du CHUV et la PMU. Il sera lancé en 2010.

Enfin, le forum bisannuel du réseau, organisé sur le thème de la complexité, a connu un vif succès.

3 Membres et organes du réseau

3.1 Nouveaux statuts

De nouveaux statuts ont été adoptés par l'assemblée générale le 5 février 2009. Ils prennent en compte les dispositions de la nouvelle loi sur les réseaux, en particulier l'intégration des communes comme membres de droit. Par ailleurs, ils ont été adaptés à la réalité des pratiques du réseau sur tout un ensemble de points et visent à favoriser une plus grande participation aux assemblées générales.

3.2 Intégration des communes

L'intégration des 99 communes des 4 districts que comprend le réseau a été préparée par une séance d'information organisée le 2 avril à leur intention, avec la participation du Chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), M. P.-Y. Maillard.

Lors de l'assemblée générale du 7 mai, les communes ont désigné leurs représentants au comité et au bureau. Afin de favoriser leur intégration et leur participation active dans ces instances, ces derniers ont pu bénéficier d'une présentation de l'historique, des réalisations, du fonctionnement et des projets du réseau. Ils ont également eu l'occasion de visiter l'EMS La Paix du Soir au Mont-sur-Lausanne.

Il est apparu rapidement que l'information à la population âgée constituerait à l'avenir un axe de collaboration privilégié entre le réseau et les communes. Le développement des appartements protégés pourrait en constituer un second.

3.3 Nouveaux membres (loi sur les réseaux, nouveau découpage géographique des réseaux)

De nouvelles adhésions ont été enregistrées en 2009 (voir point 8 du rapport, liste des membres).

Certaines découlent de la loi sur les réseaux qui les rend obligatoires pour les fournisseurs de soins subventionnés par l'Etat. D'autres découlent du passage de l'ancien découpage géographique des réseaux, basé principalement sur les zones sanitaires, au nouveau découpage en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 conforme aux nouveaux districts, à l'exception de dérogations provisoires jusqu'en 2012.

4.1 Direction et cadres

4.1.1 Renouvellement des cadres

L'année 2009 a vu un important renouvellement des cadres du réseau, souvent présents depuis ses débuts.

- Mme A. Decollogny, directrice, a pris sa retraite après 10 ans passés à la tête du réseau. Elle avait joué un rôle majeur lors de sa création en 2000, et assuré depuis son déploiement et son développement, en particulier avec le lancement des filières de soins et plus tard avec le rattachement du BRIO au réseau en 2005. Elle a été remplacée par M. D. Hude, précédemment secrétaire général du CHUV.
- M. J. Guimera, chef de projet pour le système d'information depuis 2002, et Mme C. Clément, cheffe de projet filières depuis 2001, ont décidé après toutes ces années d'apporter un souffle nouveau à leur carrière, le premier à la fin 2008 et la seconde à la fin 2009. M. J. Guimera a été remplacé par Mme A. Rosemberg, coordinatrice du système d'information pour le réseau et pour les projets cantonaux et Mme C. Clément par Mme M. Garcia.
- Mme A. Trabelsi, responsable des ressources humaines depuis 2007, puis du BRIO, a également choisi de prendre une nouvelle orientation.
- De son côté, Mme B. Saint-Martin est venue compléter l'équipe des infirmières-chefes du BRIO, Mmes M.-H. Crausaz et S. Fellay, en prenant la responsabilité du secteur des courts et des longs séjours.

La nouvelle équipe a pu prendre ses marques dans le courant de l'année et assurer la relève dans de bonnes conditions. Si elle ne dispose pas de la même expérience que ses prédécesseurs, elle porte un regard neuf sur le réseau et les développements à réaliser ces prochaines années et vise un fonctionnement à plein régime d'ici la fin 2010.

4.1.2 Nouvelle organisation de la direction

Le départ de la responsable du BRIO a donné lieu à une réflexion sur la pertinence de ce poste et sur l'organisation de la direction du réseau.

Sur cette base, il a été décidé de centrer les responsabilités du directeur sur la supervision des cadres, l'élaboration de la stratégie du réseau, l'organisation et le bon fonctionnement de la structure et les relations avec les instances du réseau, ses membres et ses partenaires.

Il sera épaulé par un.e adjoint.e qui assurera les fonctions transverses : ressources humaines, finances, coordination administrative, qualité, communication.

Cette nouvelle organisation a pour objectifs :

- de centrer l'activité du directeur sur l'encadrement des fonctions métier, notamment dans la gestion du BRIO qui représente l'activité principale du réseau, sur l'anticipation des enjeux majeurs par l'élaboration d'orientations stratégiques à moyen terme et sur la relance de l'activité de projets et de filières,
- d'adapter la structure hiérarchique à la taille de l'organisation (près de 60 collaborateurs) en supprimant un niveau et d'accroître ainsi les responsabilités d'une équipe d'infirmières-chefes renforcée, efficace et motivée,
- de professionnaliser les fonctions transverses, en particulier les ressources humaines et la gestion financière.

4.2 Ressources humaines

4.2.1 Dotations

		Budget 08	Budget 09	Réel 09	Ecart B / R
BRIO	Infirmiers.ères	35.45	38.20	38.08	0.12
	Administratifs	4.15	5.65	5.00	0.65
	Total	39.60	43.85	43.08	0.77
ARCOS	Administratifs	3.20	3.05	3.02	0.03
Total		42.80	46.90	46.10	0.80

4 postes supplémentaires ont été prévus dans le budget 2009 par rapport à celui de 2008 : renforcement des postes d'encadrement infirmier (+1.5), d'infirmières de liaison (+1.2), de soutien administratif (+0.3) et création d'un poste d'assistant social (+1).

Ces postes ont été pourvus en cours d'année, ce qui avec le fort renouvellement des postes de cadres, explique l'écart entre la dotation moyenne réelle et celle figurant au budget (0.8).

4.2.2 Mouvements

Une rotation élevée du personnel a été constatée en 2009 non seulement du côté des cadres mais aussi parmi les infirmières de liaison du BRIO (23%). A cet égard, pour cette catégorie, cette année a été exceptionnelle avec un taux de rotation proche de celui des institutions de santé alors qu'il était traditionnellement particulièrement bas (entre 5 et 10%). Conjugué à une augmentation importante des effectifs en 2010, ce tournus important implique un effort considérable de recrutement, d'intégration et de suivi du personnel infirmier en 2009 et en 2010.

4.2.3 Classification des fonctions

Une grille commune de classification des fonctions a été adoptée le 1^{er} juillet 2009 par la Commission paritaire professionnelle du secteur sanitaire parapublic vaudois. Cette dernière a chargé les associations faitières et les réseaux d'élaborer chacun leur grille spécifique dans le respect de la grille commune d'ici la fin 2009. La grille spécifique des réseaux, remise à la Commission paritaire à la fin novembre 2009, permet d'harmoniser les critères de classification aujourd'hui très hétérogènes au sein des réseaux. Elle introduit des critères de formation et de responsabilités particulières pour les infirmières de liaison, comme c'est déjà le cas pour l'ensemble des infirmières du canton. Elle doit être validée en 2010 par la Commission paritaire.

4.3 Finances

4.3.1 Budget et comptes 2009

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

ARCOS (sans les programmes cantonaux)

Résultat 2009	Réel	Budget	Ecart
Charges salariales	678'280	791'200	112'920
Autres charges	217'626	246'610	28'984
Total charges	895'906	1'037'810	141'904
dont dispositif permanent	631'952	635'810	3'858
filiale psychiatrie de l'âge avancé	17'054	45'300	28'246
filiale psychiatrie communautaire	127'796	142'700	14'904
filiale gériatrie communautaire	0	100'000	100'000
forum	16'172	40'000	23'828
projets BRIO	1'515	8'000	6'485
développements de la Brioche	101'101	66'000	-35'101
Revenus	928'763	937'810	-9'047
Résultat exploitation	32'857	-100'000	132'857
Résultat hors exploitation	-7	0	-7
Résultat	32'850	-100'000	132'850

L'activité 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 (filiales psychiatrie de l'âge avancé, psychiatrie communautaire, gériatrie, forum). A ce stade, elle ne comprend pas les programmes cantonaux soins palliatifs et hygiène, prévention et contrôle des infections (HPCI) dont les résultats doivent être identifiés en tant que tels.

Alors qu'un déficit de Fr 100'000.- était prévu pour financer le projet Gériatrie ambulatoire et communautaire (Géri-A-Com) par la réserve pour projets futurs, on a enregistré un résultat positif de Fr 32'850.- pour cette activité.

Ce résultat s'explique :

- pour les charges salariales : par le report du projet Geri-A-Com en 2010 (+ Fr 100'000.-),
- pour les charges non salariales : par des développements informatiques non budgétés (Fr 28'000.-) et par des économies sur les mandats (Fr 23'000.-) et sur les autres charges (Fr 29'000.-),

- pour les revenus : par le transfert des cotisations des EMS pour financer le BRIO déficitaire (- Fr 50'000.-) et par une subvention complémentaire de Fr 46'000.- pour des projets en lien avec le système d'information.

Les filières et projets ont coûté moins que prévu tandis que le budget dévolu au dispositif permanent a été respecté.

Programme cantonal soins palliatifs

Résultat 2009	Réel	Budget	Ecart
Charges salariales	541'984	448'500	-93'484
Autres charges	34'629	34'000	-629
Total charges	576'613	482'500	81'972
Revenus	564'472	482'500	81'972
Résultat exploitation	-12'141	0	-12'141
Résultat hors exploitation			0
Résultat	-12'141	0	-12141

Cette activité enregistre un léger déficit de Fr 12'141.- compte tenu :

- pour les charges salariales : du lancement d'une étude sur les facteurs de succès des infirmières ressources (-Fr 61'000.-), d'activités de formation plus importantes que prévues (-Fr 14'000.-) et du remplacement d'un congé maternité (-Fr 18'000),
- pour les revenus : de la facturation des prestations de l'équipe mobile en 2007 et 2009 (Fr 45'000.-), des versements de l'assurance perte de gain (Fr 11'000.-) et d'une subvention complémentaire de Fr 25'000.- pour les activités de formation.

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

Résultat 2009	Réel	Budget	Ecart
Charges salariales	148'195	166'519	18'324
Autres charges	0	2'300	2'300
Total charges	148'195	168'819	20'624
Revenus	190'550	168'819	21'731
Résultat exploitation	42'355	0	42'355
Résultat hors exploitation			0
Résultat	42'355	0	42'355

Cette activité enregistre un résultat positif de Fr 42'335.-, compte tenu :

- pour les charges salariales : d'un poste momentanément vacant (Fr 18'000.-),
- pour les revenus : d'une subvention complémentaire (Fr 22'000.-).

ARCOS (consolidé avec les programmes cantonaux)

Résultat 2009	Réel	Budget	Ecart
Charges salariales	1'368'459	1'406'219	37'760
Autres charges	252'255	282'910	30'655
Total charges	1'620'714	1'689'129	68'415
Revenus	1'683'785	1'589'129	94'656
Résultat exploitation	63'071	-100'000	163'071
Résultat hors exploitation	-7	0	-7
Résultat	63'064	-100'000	163'064

BRIO

Résultat 2009	Réel	Budget	Ecart
Charges salariales	5'543'740	5'635'193	91'453
Autres charges	263'111	272'309	9'198
Total charges	5'806'851	5'907'502	100'651
Revenus	5'574'114	5'472'840	101'274
Résultat exploitation	-232'737	-434'662	201'925
Résultat hors exploitation	180'140	180'000'	140
Résultat	-52'597	-234'662	202'065

La prise en compte insuffisante par les services de l'Etat des besoins croissants dans le domaine de l'orientation et de la liaison avait déjà conduit à des déficits importants sur cette activité en 2007 (Fr 187'275.-) et en 2008 (Fr 278'986.-), qui avaient pu être couverts alors par les réserves du BRIO.

Ces réserves n'étant pas suffisantes pour couvrir un 3^{ème} déficit en 2009, évalué en début d'année à Fr 434'662.-, des discussions ont été engagées avec le Service de la santé publique (SSP) dont les conclusions ont été validées par l'assemblée générale du 4 mars 2009 :

Subvention complémentaire du SSP :	Fr 130'000.-
Contribution complémentaire des EMS :	Fr 50'000.-
Prélèvement sur le bénéfice reporté d'ARCOS :	Fr 157'334.-
Garantie maximum de déficit par le SSP :	Fr 120'000.-

Finalement, les comptes 2009 du BRIO présentent un déficit d'exploitation de Fr 232'737.-, largement inférieur aux prévisions, qui s'explique :

- pour les charges salariales : par des postes momentanément vacants (Fr 84'000.-),
- pour les revenus : par d'importantes indemnités versées par l'assurance perte de gain (Fr 101'000.- de plus qu'au budget).

Compte tenu de la subvention complémentaire du SSP et de la contribution complémentaire des EMS, le déficit sur cette activité se monte à Fr 52'797.-.

Résultat global

Résultat 2009	Réel	Budget	Ecart
Charges salariales	6'912'199	7'041'412	129'213
Autres charges	515'366	555'219	39'853
Total charges	7'427'565	7'596'631	169'066
Revenus	7'257'899	7'061'969	195'930
Résultat exploitation	-169'666	-534'662	364'996
Résultat hors exploitation	180'133	180'00	133
Résultat	10'467	-354'662	365'129

Au total, le réseau ARCOS enregistre un résultat légèrement positif de Fr 10'467.-.

4.3.2 Procédure budgétaire

Afin d'éviter des situations de déséquilibres financiers comme le BRIO d'ARCOS en a connu ces dernières années, la coordination des réseaux vaudois (CORES) et les services de l'Etat ont mis en place, pour le budget 2010, une procédure budgétaire permettant à ces derniers d'anticiper et de prendre en compte les besoins des réseaux dans la préparation de leur budget. Comme les autres institutions sanitaires, les réseaux présentent désormais une proposition budgétaire début avril. Compte tenu des possibilités financières des services de l'Etat qui leur sont communiquées au début de l'automne, ils leur remettent à la fin novembre un budget définitif, sous réserve d'acceptation du budget de l'Etat par le Grand Conseil.

4.4 Système d'information

L'activité du réseau dans ce domaine répond non seulement à ses propres besoins mais aussi à ceux des autres réseaux ou des services de l'Etat, certains projets concernant des outils communs (Briche-web, document médico-social de transmission, indicateurs statistiques).

4.4.1 Elaboration du schéma directeur

Pour la première fois, un schéma directeur du système d'information d'ARCOS a été élaboré.

Il permet de mettre en évidence les forces et les faiblesses du système d'information actuel et, sur cette base, de fixer les grandes orientations pour les développements à réaliser dans les années à venir afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins actuels et futurs du réseau et de ses collaborateurs (53 à la fin 2009).

Il couvre les domaines fonctionnels suivants :

- consultation d'informations (à l'interne et pour un plus large public),
- ressources humaines,
- gestion des salaires,
- application « métier » - dossier d'orientation,
- suivi financier,
- statistiques,

et concerne tant l'information à disposition que l'automatisation de certains processus de traitement de cette information.

Il aborde également les aspects techniques notamment ceux qui concernent l'hébergement de la Brioche-web, l'application « métier » des BRIOs, ou encore le support aux utilisateurs.

4.4.2 Evolution de l'application « métier » Brioche-web et document médico-social de transmission

L'application Brioche-web a subi plusieurs évolutions importantes afin de répondre à l'évolution des pratiques du BRIO d'ARCOS et des autres BRIOs du canton de Vaud.

On notera particulièrement l'ajout de la fonctionnalité permettant la gestion des appartements protégés, l'amélioration des performances pour la gestion des courts séjours conventionnés en vue du développement de l'activité ou encore la mise à disposition d'un écran de pilotage permettant d'optimiser le suivi des situations difficilement plaçables.

Par ailleurs, des développements techniques ont été effectués pour permettre la transmission électronique des informations médico-sociales en relation avec les bénéficiaires vers les systèmes d'information des partenaires des réseaux (hôpitaux, EMS, Associations de soins à domicile) dans la perspective de la mise en œuvre de la Cybersanté dans le canton de Vaud.

Une seconde version du document médico-social de transmission (DMST), permettant une documentation plus complète (situation psychique des bénéficiaires, placements à des fins d'assistance [PLAFA], directives anticipées) a été élaborée et sa validation initiée sous la responsabilité du Service de la santé publique en collaboration avec le réseau ARCOS.

L'évolution de la Brioche-web et du document médico-social de transmission est le résultat de séances de groupes de travail avec les infirmières-chefes et des infirmiers.ères de liaison du BRIO d'ARCOS, avec les coordinatrices des autres BRIOs et avec le soutien du Comité cantonal de maintenance Brioche-web auquel le réseau ARCOS a participé par sa coordinatrice du système d'information et sa directrice, puis son directeur.

4.4.3 Indicateurs et statistiques

Un tableau de suivi des demandes d'orientation en attente pour un placement en lits C et B en fonction du service placeur a été élaboré. Envoyé chaque semaine à l'ensemble des partenaires du réseau, il met en évidence les situations de pénurie de lits et d'engorgement du réseau à l'appui d'éléments chiffrés. Il constitue pour le réseau un précieux outil de pilotage.

En parallèle, le projet ICARE « Indicateurs des réseaux de soins », commun à l'ensemble des réseaux (CORES), a été lancé en collaboration avec le réseau ASCOR et le SSP. Il a comme objectifs de :

- choisir une batterie d'indicateurs communs aux différents réseaux du canton, extraits des données saisies dans la Brioche-web, permettant une bonne information sur l'état et l'activité du réseau (2010),
- mettre en place un outil statistique qui facilite l'extraction de statistiques de routine ou à la demande (2011).

4.5 Qualité

L'année 2009 a permis de relancer la démarche qualité mise en place pour veiller à la bonne application du protocole réglant les conditions d'entrée et de sortie entre les établissements ayant des lits A et les services d'aide et de soins à domicile du Canton de Vaud. Une procédure définit le mode de traitement des avis de non-conformité qui permettent de signaler et de corriger les dysfonctionnements.

La procédure et le formulaire d'annonce et de traitement des avis de non-conformité sont désormais accessibles aux membres sur le site internet du réseau.

Le protocole, la procédure et les instances de traitement opérationnelles (groupe Equer) ou de pilotage (comité de pilotage propositions d'amélioration = COPIL PAM) ont été ouverts aux Centres de traitements et de réadaptation et aux lits B.

Des actions ont été définies pour améliorer la communication et la transmission des documents entre les partenaires impliqués dans le protocole.

4.6 Infrastructure

L'extension des surfaces louées au Bugnon 4 en février 2009 a permis de s'adapter à l'augmentation des collaborateurs qui ne sont pas détachés dans les hôpitaux et de disposer d'une salle de colloque susceptible de réunir notamment l'ensemble des équipes pour les colloques mensuels. Elle a été rendue possible par la reprise des locaux libérés par le Centre de formation de la Raiffeisen et accompagnée de divers travaux d'aménagement.

5.1 Activités et projets

5.1.1 Lutte contre l'engorgement

La pénurie de lits de longs séjours en EMS a comme conséquence un engorgement chronique des structures hospitalières du réseau, une difficulté persistante pour les personnes âgées à accéder à l'hébergement depuis leur domicile et finalement des délais d'attente excessifs pour bon nombre des demandeurs.

Difficultés d'hébergement dans le réseau ARCOS

Un rapport décrivant et analysant les difficultés d'hébergement dans le réseau ARCOS a été présenté à l'assemblée générale du 5 février 2009. Il relève que :

- près de 12% des demandes d'hébergement en long séjour ont connu en 2007 un délai d'attente de 3 mois et plus,
- le manque de place concerne toutes les structures d'hébergement, mais plus particulièrement les structures comme celle de la Fondation Plein soleil qui accueillent des résidents jeunes pour de nombreuses années ou les EMS de psychiatrie de l'âge avancé,
- des difficultés spécifiques touchent les personnes jeunes (âge AI ou jeunes retraités), les personnes en situation légère selon la cotation Plaisir, les personnes dépendantes à l'alcool, les personnes souffrant à la fois de troubles psychiques et d'une lourde dépendance physique, nécessitant des soins spécifiques (dialyse, alimentation parentérale ...) et les personnes en couple,
- les lenteurs de la justice de paix pour traiter les demandes de tutelle et de curatelle aggravent ces difficultés.

Plusieurs mesures ont été prises et plusieurs actions lancées par les services de l'Etat, le réseau et le BRIO d'ARCOS et leurs partenaires pour trouver des solutions aux difficultés décrites dans ce rapport.

Suivi attentif des situations difficilement plaçables

Une rencontre avec les directions des EMS du réseau a permis de dégager plusieurs pistes de travail : création d'outils de détection et de suivi de ces situations, plus grande transparence dans la transmission des informations, suivi de la répartition des placements difficiles entre les EMS, création d'un groupe de travail pour faciliter ces placements, versement d'un financement complémentaire à l'EMS receveur, organisation d'un soutien de l'hôpital somatique ou psychiatrique après l'admission du résident.

Le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) a accepté à titre expérimental de verser à l'EMS receveur un forfait journalier complémentaire de Frs 40.- par jour pendant 3 mois pour un certain nombre de situations difficiles.

Des critères de détection de ces cas ont été élaborés et des outils de suivi ont été mis en place, tels qu'un formulaire relevant la présence des critères, un signet signalant ces situations dans les dossiers informatiques, une vignette présentant les situations individuelles détectées.

Un groupe de travail composé de directeurs d'EMS, de représentants des services de l'Etat, du réseau et du BRIO, a été constitué pour évaluer les situations difficiles, proposer les orientations appropriées, intervenir auprès des EMS. Il a traité en 2009 16 situations difficiles, dont 5 étaient en attente depuis plus d'un an. A la fin février 2010, 3 d'entre elles n'avaient pas trouvé d'issue. Les cas traités concernaient surtout des situations lourdes avec une dépendance dans les activités de la vie quotidienne, des troubles somatiques importants et une composante psychiatrique récurrente.

Aujourd'hui, si la situation s'est améliorée, les difficultés se sont déplacées vers les situations légères.

Ouvertures de lits définitives ou provisoires

Dans le cadre du second programme d'investissement et de modernisation des EMS (PIMEMS 2), 46 lits de psycho-gériatrie ont été ouverts durant l'automne 2009 par les EMS L'Orme à Lausanne et Donatella Mauri à Romanel. Ces ouvertures ont marqué un retournement dans l'évolution du nombre de demandes de lits de long séjour qui diminuent depuis.

Quelques lits supplémentaires ont pu être ouverts provisoirement (jusqu'à la fin septembre 2010), par les EMS La Faverge à Oron-la-Ville, Bois-Gentil à Lausanne et la Venoge à Penthaz.

Extension du nombre de lits réservés à l'EMS Pacific

La convention passée avec l'EMS Pacific à Etoy, pour héberger des résidents en provenance du CHUV, a été prolongée et modifiée en augmentant le nombre de lits réservés de 30 à 40.

Fluidité des transferts hôpital - domicile

Les transferts entre l'hôpital et le domicile sont réalisés en semaine, tandis que les entrées en urgence à l'hôpital ont lieu 7j/7, ce qui provoque un engorgement de l'hôpital pendant le week-end et allonge artificiellement la durée des séjours hospitaliers. Un groupe de travail réunissant des représentants du CHUV, des CMS, des médecins indépendants, du réseau et du BRIO d'ARCOS, a été mis en place à l'automne 2009 pour évaluer la possibilité de retour à domicile le samedi et en définir les conditions. Une première analyse des situations pour lesquelles un tel retour serait possible (complexité des situations, prestations disponibles), des contraintes organisationnelles et du suivi médical nécessaire a été effectuée. Des propositions sont attendues d'ici la fin de l'été 2010.

5.1.2 Préparation de l'extension de la gestion des courts séjours par le BRIO

Le Service des assurances sociales et de l'hébergement a décidé de mettre en place début 2010 un nouveau mode de financement des courts séjours favorisant la création d'unités de lits dédiés à cette activité et dont les admissions seront gérées par les BRIOs.

Le BRIO s'est préparé aux conséquences de cette décision en s'enquérant auprès des nouveaux EMS intéressés par ce modèle, en dressant un bilan de la collaboration existante avec les 4 EMS du réseau ayant déjà fait ce choix auparavant et en adaptant en conséquence ses effectifs et son organisation.

5.1.3 Fonction sociale

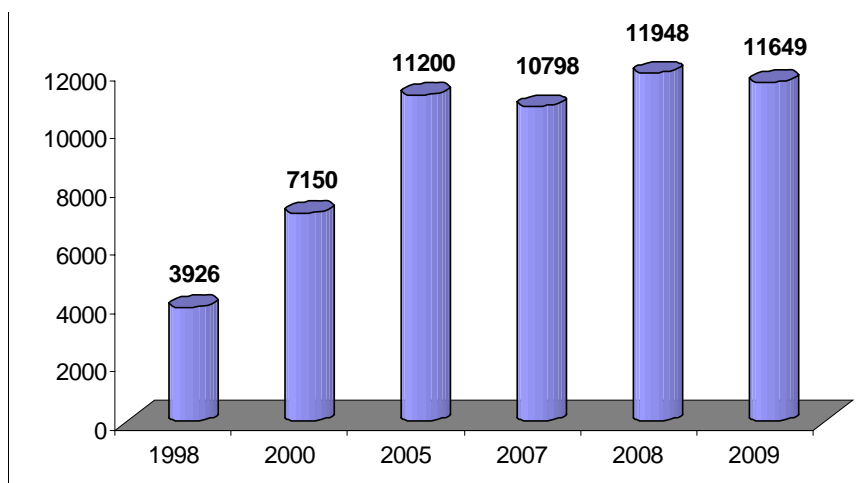
Dans le cadre des réflexions menées en 2008 pour harmoniser les pratiques et les prestations des BRIOs (BRIO 2), il est apparu nécessaire de mettre en place une fonction sociale en complément à l'action des infirmiers.ères de liaison. Par ailleurs, l'intervention d'une assistante sociale du SASH lors de la création de la structure de préparation et d'attente à l'hébergement (SPA) de l'EMS La Paix du Soir au Mont-sur-Lausanne avait montré toute son utilité pour anticiper les démarches administratives et accélérer les admissions en EMS.

Dans ces conditions, le BRIO d'ARCOS a décidé de créer un poste d'assistant social en 2009 pour faciliter les hébergements en long séjour. Le poste a été pourvu en juillet et son périmètre d'intervention a été précisé par un groupe de référence regroupant des représentants des Associations de soins à domicile, du CHUV somatique et psychiatrique de l'âge avancé, du réseau et du BRIO d'ARCOS de manière à assurer une complémentarité optimale entre l'assistant social du BRIO et ceux du CHUV et des centres médico-sociaux. Il a été décidé que l'assistant social du BRIO interviendrait au CHUV somatique, en CTR et dans les structures d'attente d'hébergement en se référant au principe de continuité dans la prise en charge sociale. Cet assistant social a pu couvrir l'ensemble de ce périmètre dès le mois de décembre 2009. Un bilan de la complémentarité de ses interventions avec celles de ses collègues sera dressé à la fin septembre 2010.

5.2 Statistiques

5.2.1 Les demandes d'orientation

Nombre de demandes : évolution de 1998 à 2009



Après un pic en 2008, on constate un recul d'environ 300 demandes d'orientation (2.5%) en 2009.

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. Une diminution du nombre de demandes peut donc refléter aussi bien une diminution du nombre d'usagers, qu'une diminution du nombre d'épisodes de santé pour un même usager ou qu'une diminution du nombre de transferts au cours d'un même épisode.

<i>Nombre des demandes par année et par demandeur</i>	2007	2008	2009	Variation 08-09
Cité hospitalière, yc l'HI orthopédique en 2007	7742 71.7%	8502 71.1%	8549 73.4%	+0.5%
SUPAA	135 1.3%	113 1%	122 1%	+7.9%
Structures d'attente d'hébergement	25 0.2%	272 2.3%	207 1.8%	-23.9%
CTR ARCOS	1'495 13.8%	1'555 13%	1429 12.3%	-8.1%
CMS ARCOS	797 7.4%	811 6.8%	732 6.3%	-9.7%
Autres BRIO	257 2.4%	263 2.2%	232 2%	-11.8%
Autres	347 3.2%	432 3.6%	378 3.2%	-12.5%
Total	10'798 100%	11'948 100%	11649 100%	-2.5%

Les demandes en provenance du CHUV (Cité hospitalière ou Service de psychiatrie de l'âge avancé) qui représentent le 75% de l'ensemble des demandes sont en très légère augmentation tandis que celles provenant des autres secteurs diminuent de manière importante.

La diminution du nombre de demandes en provenance des structures d'attente d'hébergement s'explique en premier lieu par la pénurie croissante de lits de long séjour en EMS. Les durées d'attente s'allongent ce qui diminue le nombre de résidents en attente d'un hébergement dans ces structures. On note également une augmentation des demandes masculines sans correspondance de l'offre de lits de long séjour pour les hommes. On constate enfin que les résidents ayant accepté cette étape provisoire se montrent plus difficiles dans le choix de l'EMS qui les hébergera à long terme.

La diminution du nombre de demandes en provenance des Centres de traitement et de réadaptation (CTR) s'explique également par l'augmentation de la durée des séjours, pendant la phase de réadaptation (séjour B), avec le traitement de situations plus complexes, comme pendant la phase d'attente d'un hébergement en EMS en lien avec la pénurie de lits mentionnée ci-dessus.

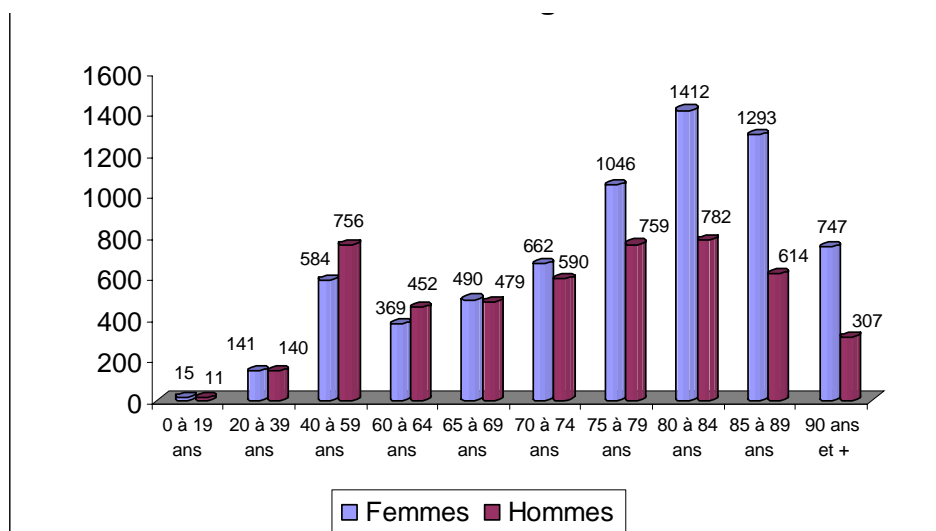
La diminution du nombre de demandes en provenance des CMS s'explique par une diminution des demandes ne nécessitant pas un hébergement immédiat ou rapide. Les demandes sont donc mieux ciblées. On peut toutefois se demander si cette diminution ne traduit pas également une augmentation des situations dépassées aboutissant directement à une hospitalisation en urgence.

Nombre de demandes et nombre d'usagers : évolution de 2007 à 2009

Années→	2007	2008	2009
↓Demandes et usagers			
Demandes	10'798	11'948	11'649
Usagers	7'267	7'061	7'584
Demandes/Usagers	1.49	1.69	1.54

A l'inverse du nombre de demandes, le nombre d'usagers, après une diminution en 2008, augmente de manière importante en 2009 (+523 = +7.4%). Cette évolution inversée reflète notamment la diminution des transferts vers les structures d'attentes et les CTR (moins de demandes pour un même épisode). A cet égard, le réseau devra à l'avenir disposer de statistiques sur le nombre d'épisodes pour mieux appréhender l'évolution du nombre de demandes.

Profil des âges

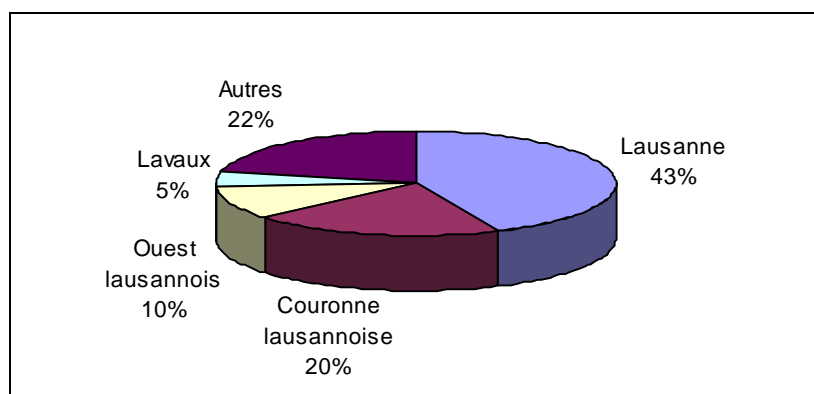


	Tous	Femmes	Hommes
Age moyen	75 ans	77 ans	72 ans
Age médian	78 ans	80 ans	75 ans

↓ Ages	Années →		
	2007	2008	2009
< 65 ans	21.8%	22.3%	21.2%
65 – 80 ans	35.3%	35%	24.5%
80 <	42.9%	42.8%	44.3%

On relève une très légère augmentation de l'âge moyen (75 ans versus 74.5 ans en 2007 et 2008), liée à l'augmentation de la part des demandes des usagers âgés de plus de 80 ans.

Provenance des demandes par zone géographique



La plus grande part des demandes provient d'usagers domiciliés à Lausanne (43%). Cette part diminue légèrement par rapport à 2007 (-2%) au profit de celle en provenance de la couronne lausannoise (+2%).

Répartition des demandes par mission pour un hébergement en long séjour 2003 à 2009

Demandes pour des longs séjours et séjours d'observation par mission, en % :	2003	2005	2007	2008	2009
Gériatrie	74%	67%	69%	72%	71%
Psycho-gériatrie	24%	28%	24%	23%	25%
Psychiatrie	2%	2%	3%	3%	2%
Autres	0%	2%	1%	1%	1%
Non spécifié	0.4%	0.4%	3%	1%	1%

La plus grande part des demandes d'hébergement concerne la gériatrie (y compris la psycho-gériatrie compatible avec une structure gériatrique). On note toutefois une légère augmentation des demandes d'hébergement en structure psychogériatrique spécifique. On peut penser à un effet d'annonce lié à l'ouverture des 46 lits psycho-gériatriques à l'Orme et Donatella Mauri pendant l'automne 2009.

Demandes en attente d'hébergement de long séjour au 31 décembre de 2003 à 2009 :

Années	2003	2005	2007	2008	2009
Nombre de demandes	210	247	264	300	239

Cet indicateur reflète le mieux l'engorgement du réseau lié à la pénurie de lits de long séjour. A cet égard, 2009 marque une rupture avec l'augmentation régulière des demandes en attente enregistrées depuis 2003. En 2009, pour la première fois, les demandes diminuent en lien avec la mise en œuvre du programme PIMEMS 2 et avec les mesures complémentaires prises par le BRIO d'ARCOS et ses partenaires mentionnées plus haut.

5.2.2 Les orientations réalisées

Orientations réalisées

Demandes orientées vers...	Retour à domicile	CTR	Long séjour ou séjour d'observation	CS dans EMS "conventionné"	CS hors EMS "conventionné"	Hospitalisation	Décès avant orientation	Demande d'orientation retirée	Issue non spécifiée	Nouvelle demande	TOTAL
Cité hosp	4611	2232	296	297	148	702	221	14	21	7	8549
%	53.9%	26.1%	3.4%	3.5%	1.7%	8.2%	2.6%	0.2%	0.3%	0.1%	100%
SUPAA	1	1	106	2	0	4	5	2	0	1	122
%	0.8%	0.8%	86.9%	1.6%	0%	3.3%	4.2%	1.6%	0%	0.8%	100%
CTR ARCOS	1128	25	112	19	16	86	36	3	3	1	1429
%	79%	1.8%	7.8%	1.3%	1.1%	6.0%	2.5%	0.2%	0.2%	0.1%	100%
Struct attente	6	0	167	0	0	11	20	2	1	0	207
%	2.9%	0%	80.7%	0%	0%	5.3%	9.6%	1%	0.5%	0%	100%
CMS	2	3	195	361	2	71	3	94	1	0	732
%	0.3%	0.4%	26.7%	49.3%	0.3%	9.7%	0.4%	12.8%	0.1%	0%	100%
Autres BRIO	2	3	137	18	0	5	4	57	0	6	232
%	0.9%	1.3%	59%	7.8%	0%	2.1%	1.7%	24.6%	0%	2.6%	100%
Autres	13	3	244	44	2	16	18	32	4	2	378
%	3.4%	0.8%	64.6%	11.7%	0.5%	4.2%	4.8%	8.5%	1%	0.5%	100%
Total 2009	5763	2267	1257	741	168	895	307	204	30	17	11649
%	49.5%	19.5%	10.8%	6.4%	1.4%	7.7%	2.6%	1.7%	0.3%	0.1%	100%

Comparaison avec 2008 et 2007

Total 2009	5763	2267	1257	741	168	895	307	204	30	17	11649
%	49.5%	19.5%	10.8%	6.4%	1.4%	7.7%	2.6%	1.7%	0.3%	0.1%	100%
Total 2008	5706	2347	1425	813	146	859	350	229	50	23	11948
%	47.8%	19.6%	11.9%	6.8%	1.2%	7.2%	2.9%	1.9%	0.4%	0.3%	100%
Variation 07-09	+11.4%	+0.4%	+16.1%	-6.2%	+3.7%	+20.5%	+2.0%	-8.9%	-30.2%	-22.7%	+7.9%

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 9% en court séjour.

Les orientations réalisées vers le domicile augmentent de manière sensible entre 2007 et 2009 (plus de 11%), de même que celles vers un hébergement en long séjour (plus de 16%). On doit cependant souligner que, dans le contexte de pénurie de lits, l'augmentation du nombre d'hébergements en long séjour n'est due qu'à la création des lits d'attente d'hébergement.

Les orientations vers les CTR stagnent et celles vers les courts séjours dans un EMS conventionné diminuent (plus de 6%).

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

Longs séjours et séjours d'observation :	2002	2005	2007	2008	2009	Variation 08-09
Nombre de demandes d'hébergement reçues	1'202	1'303	1'518	1'860	1655	-11%
Nombre d'hébergements réalisés	829	898	1'041	1'319	1260	-4.5%
Nombre de lits annoncés par le réseau	739	728	886	1'112	1092	-1.8%
Nombre de lits attribués dans le réseau	664	660	806	1'056	1045	-1%
Nombre de lits attribués hors du réseau	165	238	235	263	215	-18.25%

Sur les 300 demandes en moins constatées plus haut, plus de 200 concernent l'hébergement en long séjour. Les hébergements effectivement réalisés diminuent de manière moins importante (près de 60 = 4.5%), essentiellement en dehors du réseau ARCOS (près de 50 = 18%). Les hébergements en dehors d'ARCOS peuvent être liés à la proximité de l'entourage ou à la pénurie de lits plus importante dans le réseau ARCOS que dans les autres. On pourrait être tenté d'interpréter cette importante diminution comme une première manifestation d'une moindre pénurie de lits au même titre que la diminution des demandes en attente relevée plus haut.

Données concernant les hébergements réalisés à l'EMS Pacific à Etoy

- Nombre d'hébergements réalisés 45 (dont 2 en privé)
- Nombre de journées réalisées 8'030
- Nombre de journées possibles 13'118
- Taux d'occupation des lits 61.21%

Les hébergements au Pacific ont augmenté fortement dès le mois de juillet, une fois levées les premières réticences à un éloignement géographique. Les 8'030 journées d'hébergement réalisées pour des résidents en provenance d'ARCOS équivalent à 23 lits occupés à 97%. On mesure ainsi l'impact de cette collaboration, dans l'attente de la mise en œuvre du programme PIMEMS 2.

5.2.3 Les délais d'attente

<i>Délai entre la demande et l'hébergement</i>	2002	2005	2007	2008	2009
Délai moyen	49,3 jours	38,5 jours	40,6 jours	35,8 jours	46,7 jours
Délai médian	28 jours	22 jours	22 jours	18 jours	24 jours
25% des demandes débouchent sur un hébergement dans un délai de ...	0 à 12 j.	0 à 10 j.	0 à 10 j.	0 à 7 j.	0 à 9 j.
25% dans un délai de ...	13 à 28 j.	11 à 22 j.	11 à 22 j.	8 à 18 j.	10 à 24 j.
25% dans un délai de ...	29 à 60 j.	23 à 44 j.	23 à 50 j.	19 à 42 j.	25 à 54 j.
25% dans un délai de ...	+ de 60 j.	+ de 44 j.	+ de 50 j.	+ de 43 j.	+ de 54 j.

50% des demandes débouchent sur un hébergement dans un délai inférieur au délai médian et 50% dans un délai supérieur. Le délai d'attente moyen est quant à lui supérieur à cause de certains délais particulièrement longs.

On relève une augmentation persistante des délais d'attente depuis 2007 déterminée par la pénurie de lits, avec une augmentation plus prononcée des délais d'attente très longs.

La diminution des délais d'attente en 2008 est liée à la création des structures d'attente d'hébergement : les résidents attendent moins longtemps au CHUV tandis qu'un nouveau délai est calculé pour l'attente dans ces structures.

Délai entre la demande et l'hébergement par service placeur

		Cité hospit.	SUPAA	CTR ARCOS	Struct. attente	CMS	Autres BRIO	Autres
08	Délai moyen	18.3 j.	48.4 j.	21.9 j.	56.5 j.	47.2 j.	40.8 j.	33.8 j.
	Délai médian	10 j.	26 j.	16 j.	40 j.	26 j.	22 j.	14 j.
09	Délai moyen	22.9 j.	60.4 j.	35.8 j.	66.6 j.	59.5 j.	45.8 j.	50.4 j.
	Délai médian	13 j.	38 j.	23 j.	43 j.	38 j.	23 j.	18 j.

Variation 08-09

Délai moyen	+4.6 j. + 25%	+12 j. + 25%	+13.9 j. +63.5%	+10.1 j. + 18%	+12.3 j. +26%	+5 j. +12.5%	+16.6 j. +49%
Délai médian	+3 j. + 30%	+12 j. +46%	+7 j. +44%	+3 j. +7.5%	+12 j. +46%	+1 j. +4.5%	+4 j. +28.5%

Les délais d'attente augmentent particulièrement pour les demandes d'hébergement en provenance des CTR, notamment les délais très longs.

Les délais d'attente augmentent un peu moins pour les demandes en provenance de la Cité hospitalière du CHUV, du Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) et du domicile, avec une diminution relative des délais d'attente très longs.

Les délais d'attente dans les structures d'attente augmentent surtout pour les délais d'attente très longs.

5.2.4 L'activité court séjour organisée par le BRIO

Courts séjours organisés par le BRIO (dans les EMS Clémence, Béthanie, Orme et Haute Combe)

Type de court séjour	2000	2005	2007	2008	2009	Variation 08 - 09
CS non urgent	183	231	278	312	263	-16 %
CS urgent	332	560	515	499	499	0 %
Total	515	791	791	811	762	- 6%
% CS urgent	64%	71%	65%	61%	65 %	

Le nombre de courts séjours non urgents diminue de manière importante (16%). Le nombre de courts séjours urgents est stable.

Détail de l'activité des courts séjours	2006	2007	2008	2009
Nombre de journées réalisées	17'350	16'942	16'986	16'878
Taux d'occupation moyen des lits	83.46%	83.08%	84.44%	85.68%
Durée moyenne des séjours (achevés pendant l'année)	21.35 jours	21.14 jours	21.12 jours	22.04 jours
Age moyen des usagers (moment de l'entrée)	82,4 ans	82,5 ans	82.9 ans	83.5 ans
Proportion des entrées femmes / hommes	73,7% /26,3%	68,8% /31,2%	70% / 30%	72% / 28%

Provenance des usagers lors de l'entrée en court séjour :

- domicile	51,0%	51,1%	55%	52,5%
- hôpital	46,4%	45,6%	41%	43,5%
- centre de traitement et réadaptation	2,1%	3%	3%	3%
- court séjour	0,5%	0,2%	0.50%	0,8%
- établ. non médicalisé	-	-	-	0,2%
- long séjour	0%	0,1%	0.50%	0%

Destination des usagers à la fin du court séjour :

- domicile	82,7%	85,8%	84%	83,9%
- hôpital	9,5%	7,6%	7%	6,2%
- centre de traitement et réadaptation	3,1%	3,4%	4%	5,4%
- hébergement en long séjour	3,7%	2,1%	3%	3,5%
- décès	0,6%	0,8%	1%	0,5%
- court séjour	0,4%	0,3%	1%	0,5%
- séjour d'observation	0,1%	0%	0%	0%

Le nombre de journées réalisées diminue légèrement (-0.6%) alors que le taux d'occupation moyen augmente (+1.5%). En effet, faute de demande suffisante de court séjour, certains lits de l'Orme ont été utilisés pour des séjours d'attente d'hébergement, sortant ainsi provisoirement des statistiques des courts séjours.

Les durées de séjours et l'âge des usagers augmentent légèrement.

La part des courts séjours réalisés pour des usagers en provenance de l'hôpital augmente, en lien avec l'augmentation relative des courts séjours urgents.

La part des sorties vers les CTR augmente. Elles concernent des usagers nécessitant un temps d'attente avant une réadaptation ou des résidents pour lesquels les prestations possibles en court séjour s'avèrent insuffisantes.

La part des sorties vers l'hôpital diminue. Elles concernent des usagers en attente d'une hospitalisation, par exemple d'une intervention chirurgicale, ou dont l'état de santé s'est déstabilisé.

6.1 Filière soins palliatifs

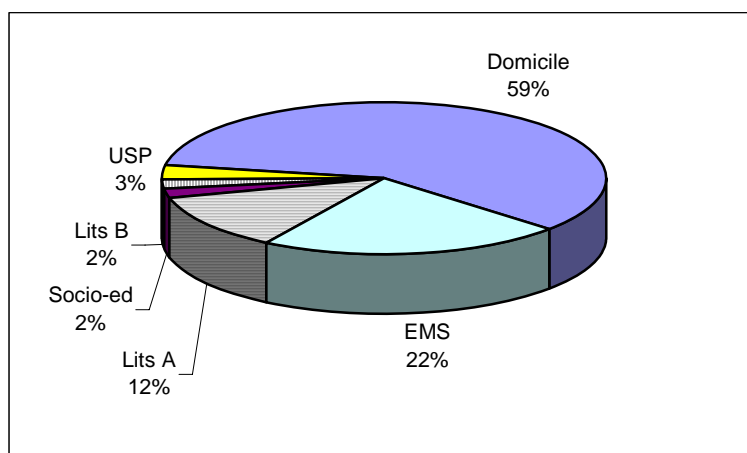
En 2009, la filière soins palliatifs s'est développée autour de deux axes en lien étroit avec le programme cantonal de développement des soins palliatifs :

- les activités cliniques de l'équipe mobile de soins palliatifs
- la formation continue des équipes de 1^{ère} ligne

6.1.1 Les activités cliniques de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)

Nous relevons une stabilisation des activités cliniques de l'EMSP. En effet, mise en place en 2003, l'équipe a connu un développement progressif suivi d'un essor de ses activités au bénéfice des patients entre 2005 et 2007. Depuis lors, les demandes d'interventions sont relativement régulières. Toutefois, les appels aux services de l'EMSP devraient devenir plus systématiques et être davantage anticipés dans les situations de soins. Pour faire évoluer les pratiques, les membres de l'équipe (deux médecins et deux infirmiers.ères), aidés par la cheffe de projet, effectuent régulièrement des démarches de présentation et d'information auprès des soignants de 1^{ère} ligne. Les prestations de soutien offertes aux équipes par l'EMSP ainsi que son importante implication dans les activités de formation auprès des professionnels du terrain permettent également d'établir des liens de confiance avec eux et de développer la collaboration, l'objectif commun étant de garantir l'accès à des prises en charge palliatives de qualité à toute personne le nécessitant.

Le graphique suivant illustre les lieux d'intervention de l'équipe mobile en soins palliatifs :



6.1.2 Les actions de formation pour les professionnels de 1^{ère} ligne

Les activités de formation sont en constante augmentation. L'importance attribuée à la formation des professionnels de 1^{ère} ligne et les différents projets, en cours ou futurs, nous font penser que ce développement va se poursuivre.

- Poursuite des activités déjà existantes
 - Formation d'IRSP (infirmier.ère ressource en soins palliatifs) : cycle d'approfondissement à Espace Compétences en collaboration avec le service de formation continue du CHUV. Deux IRSP ont terminé leur formation au 1^{er} semestre ; sept infirmiers.ères ont commencé le cycle du 2^{ème} semestre, qui se terminera en 2010.
 - Formation continue des IRSP : une journée consacrée à « La mort, soi et l'autre », une demi-journée à « l'optimisation de la collaboration entre EMSP et IRSP ». Ces journées, alternant plénières et ateliers, comptent une cinquantaine de participants.es.
 - Ateliers intra-muros : les « ateliers soins de bouche » développés en 2008, gérés par l'équipe mobile et co-animés avec les IRSP se sont poursuivis.
- Nouveautés 2009
 - Des ateliers « outils d'évaluation des symptômes » ont été lancés. Quatre EMS, un CMS et le SUPAA en ont bénéficié.
 - Un projet pilote d'implantation des outils d'évaluation pour des personnes non communicantes a été initié à La Maison des Chavannes (Eben-Hezer). La formation du personnel socio-éducatif à des actions de soins s'est révélée une expérience à la fois très prenante et très riche pour tous.
 - Un atelier de sensibilisation en soins palliatifs pour médecins et infirmiers.ères a été conduit par l'EMSP à Plein Soleil.

- Projets
 - L'implantation des outils d'évaluation des symptômes dans des CMS et EMS doit s'intensifier.
 - La systématisation des formations en institutions socio-éducatives, principalement une sensibilisation aux soins palliatifs pour tous, comprenant l'accompagnement de projets institutionnels, est un défi majeur pour 2010.
 - Une campagne sera également menée pour motiver les directeurs et directrices d'EMS à entreprendre une sensibilisation aux soins palliatifs pour l'ensemble de leurs collaborateurs, planifiable sur les quelques années à venir (1^{ère} volée en automne 2010).

6.1.3 Autres activités en soins palliatifs

- Responsabilité du bulletin « Palliative flash » (Médecin de l'EMSP)
- Participation à l'élaboration du cours « SPA 2 », cours de sensibilisation destiné aux médecins et aux infirmiers.ères, dont la 1^{ère} volée sera organisée en automne 2010.

6.2 Filière psychiatrie de l'âge avancé

Les activités de la filière se sont poursuivies autour des axes suivants :

6.2.1 Stages inter-institutionnels

Lancés en 2006, les stages entre institutions spécialisées et non spécialisées en psychiatrie de l'âge avancé ont été effectués, au total, par cent-vingt personnes, soit cinquante-sept personnes diplômées et soixante-trois non diplômées.

En 2009, quinze personnes (sept personnes diplômées et huit non diplômées) ont bénéficié de ces stages de deux jours d'immersion dans la pratique de l'autre. Deux ASAD (Associations de soins et d'aide à domicile - l'APROMAD et l'ALSMAD), deux EMS (Le Marronnier et Le Home) et le SUPAA (Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé) ont reçu et/ou placé des stagiaires.

6.2.2 Formation aux entretiens de réseau

Lancée en 2007 au sein du réseau, cette formation de deux jours est conduite par un formateur spécialisé dans le domaine médico-social, et co-animée pendant une matinée par un psychologue et un médecin, tous deux formateurs aux entretiens de réseau au SUPAA. Cent-vingt-et-une personnes au total ont pu bénéficier de cette formation.

Comme en 2008, trois sessions ont été réalisées en 2009. Trente-huit infirmiers.ères dont quatre cadres et sept infirmiers.ères de liaison, deux assistants sociaux et une ergothérapeute ont suivi cette formation, soit quarante-et-une personnes au total issues des trois ASAD, du BRIO, de neuf EMS, du SUPAA et de l'Institution de Lavigny.

6.3 Filière psychiatrie communautaire

La collaboration entre ARCOS et le Département de psychiatrie du CHUV (DP-CHUV) afin de favoriser l'insertion de l'hôpital psychiatrique dans le réseau de soins s'est poursuivie en 2009 avec succès.

Cette collaboration vise notamment à :

- Développer, professionnaliser et généraliser une pratique de liaison spécifique entre l'hôpital psychiatrique et la communauté pour des patients adultes souffrant de troubles psychiques,
- Renforcer à l'hôpital une culture institutionnelle de liaison avec le réseau.

6.3.1 Réalisations 2009

Le modèle de Case Management de Transition (CMT)

Dès 2006, un modèle pratique de transition à la sortie de l'hôpital a été développé de manière expérimentale avec une unité de l'hôpital psychiatrique de Cery, l'unité d'Accueil, Observation et Crise (AOC). Ce modèle a été implanté de manière pérenne dans cette unité en octobre 2008.

Pour rappel, cette intervention menée par une infirmière et/ou une assistante sociale vise à favoriser la réintégration des patients à domicile, à gérer le stress lié au retour à domicile, à favoriser les liens avec le réseau ambulatoire et à prévenir les risques d'aggravation et de ré-hospitalisation précoce. Elle commence au début de l'hospitalisation et se prolonge par un suivi à domicile durant un mois après la sortie.

Les ingrédients appréciés du suivi de transition sont les visites à domicile, les connexions avec le sujet, les proches et les professionnels, la disponibilité et le soutien relationnel, et l'aide dans l'organisation de la vie quotidienne. Le suivi de transition permet un appui essentiel du réseau dans un moment où la « crise du retour à domicile » est souvent mal comprise alors que le sujet devrait être « guéri » par l'hôpital.

Des outils tels que la carte réseau (il s'agit de la cartographie du réseau de personnes autour du patient) et l'ELADEB (Echelle Lausannoise d'Autoévaluation des Difficultés et des Besoins) ont été introduits de façon systématique. La carte réseau permet notamment une meilleure visibilité du soutien à la sortie ainsi que des rôles et responsabilités de chacun et l'ELADEB permet de se centrer davantage sur les besoins du patient tout en fixant des priorités.

Parallèlement à cette expérience pilote, une étude financée par le Fonds National Suisse de la recherche scientifique (FNS) a été menée pour comparer un traitement standard à l'efficacité d'une intervention de case management de transition (CMT) pour des personnes rentrant à domicile après des soins aigus en hôpital psychiatrique et ne bénéficiant pas d'un suivi institutionnel. 102 patients ont été inclus dans cette étude.

La récolte des données, commencée en mai 2007, s'est achevée en septembre 2009 et la période d'analyse des données a alors débuté.

En voici les conclusions générales qui confirment l'intérêt du modèle :

- Les sujets à risque ne sont pas repérables a priori durant l'hospitalisation, mais les difficultés apparaissent dans la réalisation du retour à domicile.
- Le retour à domicile constitue un stress majeur qui dépasse souvent la capacité de gestion du réseau, alors que les situations concernées apparaissent relativement faciles à gérer durant l'hospitalisation.
- Le retour à domicile est vécu comme une crise qui peut faire resurgir les symptômes qui ont amené à l'hospitalisation, ce qui est souvent mal compris par le réseau alors que le sujet devrait être "guéri" par l'hospitalisation.
- La population cible du case management de transition est constituée par une majorité de femmes présentant des troubles de l'humeur, ce qui correspond à la population la plus à risque de suicide les jours suivant une hospitalisation psychiatrique.
- Les besoins de ces personnes sont sous-estimés durant le séjour hospitalier, où elles ne sont pas identifiées comme des patients problématiques.
- Les patients présentent une adhésion aux soins ambulatoires supérieure à celle attendue.
- Une diminution statistiquement non significative des ré-hospitalisations à 3, 6 et 12 mois après la sortie de l'hôpital est observée dans le groupe ayant bénéficié du CMT (par ex. 18% versus 33% à 3 mois). L'intervention a probablement un impact sur le nombre de ré-hospitalisations, mais la taille de l'échantillon ne permet pas de le démontrer.
- Il n'y a pas de différences significatives concernant les symptômes et le fonctionnement individuel et de réseau.
- L'intervention est bien acceptée et très appréciée par les patients, les proches et les soignants. Les éléments appréciés de l'intervention sont les visites à domicile, l'attention aux problèmes concrets et l'aide dans la connexion avec le réseau.

Le modèle du CMT a évolué en intégrant de façon ciblée et systématique les besoins des patients au moment de leur retour à domicile, de même que les données issues de la recherche. Il s'est également adapté à la réalité et aux besoins des services hospitaliers concernés afin d'en permettre une meilleure intégration et d'assurer un processus continu de qualité des soins. Après ses débuts à l'AOC (service destiné aux 1^{er} séjours en milieu psychiatrique aigu), il a en effet été étendu en 2009 à la section K. JASPERS (section des troubles anxieux, de l'humeur et de la personnalité, constitué de 3 services hospitaliers).

De ce fait, l'équipe s'est trouvée renforcée pour arriver à fin 2009 à un total de 2.2 EPT infirmiers et 0.5 EPT assistant social. La contribution financière d'ARCOS (1.5 EPT) a pris fin à la fin 2009, relayée par le budget du DP-CHUV.

Dans le cadre du projet triptyque du CHUV qui vise à intégrer dans le DP-CHUV les 3 secteurs psychiatriques Centre, Nord et Ouest, les collaborateurs du CMT ont accueilli en stage les équipes mobiles des secteurs Nord et Ouest afin de les sensibiliser et les former à cette intervention. Il s'agira pour elles d'en évaluer la pertinence ou d'en modifier l'intervention en fonction des besoins locaux spécifiques.

Le renforcement de la culture de liaison

Le besoin de liaison entre l'hôpital psychiatrique adulte et les structures d'hébergement avait déjà émergé d'un groupe de travail mené en 2008 et été rapporté à la direction du DP-CHUV.

Ce besoin a également été soulevé en 2009 par certaines structures d'hébergement et une mise en commun de ces préoccupations a permis l'élaboration d'un nouveau projet soutenu par ARCOS pour 2010 (liaison entre l'hôpital psychiatrique et les structures d'hébergement).

Le colloque réseau hospitalier mensuel s'est poursuivi afin de sensibiliser les équipes soignantes pluridisciplinaires à l'importance de l'intégration dans la prise en charge hospitalière du réseau communautaire des patients.

La liaison mensuelle avec les infirmières en psychiatrie de l'ALSMAD et de l'APROMAD a été reconduite en tenant compte des bilans respectifs.

La collaboration entre le DP-CHUV et les CMS d'ARCOS s'est intensifiée avec la participation active des directions de soins concernées et la mise sur pied de rencontres bisannuelles des cadres des deux institutions afin de sensibiliser chacun aux réalités et contexte de l'autre. Il a été constaté que le protocole de collaboration entre le DP-CHUV et les CMS d'ARCOS signé en 2007 et mis en application dès 2008 n'avait pas encore intégré les pratiques.

Dès lors, un groupe de travail réunissant des professionnels de terrain des deux institutions a été constitué afin de réfléchir à l'amélioration de cette collaboration et au développement d'outils à mettre en place de façon conjointe en vue d'une meilleure continuité des soins dans la pratique quotidienne.

Vu l'ampleur de la démarche et la nécessité d'un accompagnement et d'un encadrement soutenu de ces développements, un nouveau projet a été proposé à ARCOS pour 2010 (Amélioration et coordination de la collaboration entre l'hôpital psychiatrique et les CMS).

6.3.2 Les objectifs 2010-2011

- Poursuivre les activités en cours (CMT, liaison CMS, colloque réseau),
- Terminer le rapport de recherche pour le FNS, valoriser et diffuser les résultats, établir des recommandations pour la chaîne de soins,
- Elaborer une plaquette informative sur le CMT,
- Développer un projet de liaison entre l'hôpital psychiatrique et les structures d'hébergement à mission psychiatrique sur le modèle du CMT,
- Participer au projet cantonal d'hébergement psychiatrique,
- Engager un chef de projet pour poursuivre, affiner et intensifier le travail de collaboration entre l'hôpital psychiatrique et les CMS.

6.4 Hygiène prévention et contrôle des infections

Au cours de l'année 2009, la cellule HPCI ARCOS a atteint les objectifs fixés pour cette période.

Suite à la réorganisation du programme HPCI, il a été nécessaire d'augmenter le nombre d'EPT infirmiers au sein de la cellule régionale. De ce fait, une nouvelle collaboratrice a été accueillie dès le 1^{er} décembre 2009.

A partir de 2010, la cellule HPCI régionale se composera de 1.3 EPT infirmiers et 0.1 EPT médecin.

La nouvelle collaboratrice suivra la formation HPCI à Espace compétences de 2010 à 2011.

6.4.1 Synthèse de l'année écoulée

- Mise en place des mesures pour la pandémie de grippe A H1N1 et surveillance des mesures (taux de vaccination « grippe A H1N1 » / matériel de protection « masques de protection ») en EMS
- Surveillance du taux de vaccination « grippe saisonnière » en EMS (résidents et personnel)
- Surveillance de la consommation de solution hydro-alcoolique dans les EMS
- Enquêtes épidémiologiques ponctuelles (épidémie de gastro-entérite à Norovirus)
- Activités de consultation et d'expertise
- Présentation lors du forum ARCOS (juin 2009) des activités de la cellule HPCI ARCOS et sa participation aux objectifs de l'Unité HPCI (poster)

6.4.2 Activités principales des membres de la Cellule HPCI ARCOS

Activités extraordinaires en 2009

En 2009, une bonne partie de l'activité a été consacrée à l'élaboration de mesures de prise en charge de la grippe A H1N1 adaptée aux EMS (cours), au recensement des besoins (masques, vaccins), aux réponses à des questions pratiques de terrain.

Dans le cadre de cette activité extraordinaire, a été mise en place une surveillance sur l'adhésion du personnel et des patients d'EMS à la vaccination contre la grippe A H1N1, effectué un recensement du nombre de « malades » dans le personnel comme pour les résidents et du nombre de masques de protection distribués dans les EMS par la PC.

Surveillance de la vaccination contre la grippe A H1N1

dans les établissements de soins chroniques	Participation des EMS	Résultats
Vaccination contre la grippe A H1N1 du personnel	85%	35%
Vaccination contre la grippe A H1N1 des résidents		45%

Surveillance ordinaire

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

dans les établissements de soins chroniques	Taux de participation	Résultats
Vaccination contre la grippe saisonnière du personnel	97%	46%
Vaccination contre la grippe saisonnière des résidents	98%	87%
Consommation de solutions désinfectantes pour les mains	90%	2-3 j/résid

Commentaires sur les indicateurs 2009 :

- Surveillance de la vaccination contre la grippe saisonnière
L'adhésion des EMS à cet indicateur est pratiquement optimale chaque année : 98 %. On note une augmentation à l'adhésion à la vaccination du personnel contre la grippe saisonnière en 2009 (couverture vaccinale du personnel de 42% en 2008 et de 46% en 2009).
- Consommation de solutions hydro-alcooliques 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 HPCI et la Cellule ARCOS.
En 2009, on relève une légère augmentation de la consommation de solutions hydro-alcooliques pour la désinfection des mains (on passe de 5.7 ml/résident/jour en 2008 à 6.9 ml/résident/jour en 2009 soit une augmentation de plus de 20%), ce qui est encore en dessous de l'objectif fixé à 4 désinfections/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.

6.4.3 Formations

Intitulé des cours	Nombre de cours
Cours Hygiène de base pour nouveau personnel d'EMS	1
Cours Hygiène de base pour tout personnel de CMS	1
Mesures à prendre si Bactéries Multi Résistantes (BMR)	1
PS/MA – questions/réponses problématique MRSA* pour EMS	1
Cours prise en charge d'un résident porteur de MRSA en EMS	1
Cours prise en charge d'un résident grippé	4
Adaptation du plan cadre pandémie : mesures préventives	1
Hygiène des mains port de gants	3
Hygiène de base – Précautions Standard	6
Gastro-entérites : gestion d'une épidémie	1
Cours Infection urinaire	1

* MRSA = staphylocoque doré résistant à la méticilline

Au total, 61% des EMS ont participé aux cours dont 40% lors de cours donnés dans l'EMS sur demande de l'institution.

Participation de 515 personnes, dont 464 collaborateurs d'EMS et 51 collaborateurs de CMS/Soins Aigus/permanences/psychiatrie du réseau ARCOS.

6.4.4 Consultations et demandes ponctuelles

En 2009, la cellule HPCI ARCOS a répondu à des demandes ponctuelles provenant des soignants :

1'116 consultations dont :

- 152 rapports écrits pour les EMS dont :
 - 143 pour la prise en charge du résident porteur MRSA. Lors de tout transfert du CHUV vers un EMS, une consultation écrite est adressée à l'institution afin de proposer des mesures de prise en charge du patient porteur de MRSA,
 - 4 pour la prise en charge d'un résident avec Norovirus,
 - 2 pour la prise en charge d'un résident porteur de Bactérie Multi Résistante,
 - 3 autres consultations sur divers sujets,
- 4 consultations écrites pour la prise en charge d'un résident porteur de MRSA pour les CMS,
- 3 consultations écrites pour la prise en charge d'un résident MRSA dans un établissement socio-éducatif,
- 32 consultations avec visite sur le terrain (EMS),
- 925 demandes diverses (téléphoniques, mails,...).

6.5 Filière gériatrie communautaire

Un projet pilote, intitulé « gériatrie ambulatoire et communautaire » (Géri-A-Com) a été élaboré par le Service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV en collaboration étroite avec la PMU et le réseau ARCOS. Ce projet vise à améliorer la prise en charge des personnes âgées vivant dans la communauté. Il prévoit le développement d'une consultation spécialisée de gériatrie, des interventions dans les unités de courts séjours des EMS du réseau ARCOS ainsi que le développement d'un modèle de collaboration avec les médecins traitants. Ce projet complète deux autres projets du plan stratégique CHUV: la filière « Soins aigus aux seniors » et l'unité « Soins aigus au seniors ». Le projet Geri-A-Com est également coordonné avec le projet « Evaluation globale gériatrique » du réseau Nord-Broye.

Le projet sera lancé en 2010 et devrait prendre fin à la mi-2012.

Vous avez dit complexe ? La personne âgée et le réseau de soins, 4 juin 2009

En juin 2009, ARCOS réalisait un premier forum transverse à toutes les filières sur le thème de la complexité : complexité de la prise en soins des personnes âgées d'une part, complexité du réseau de soins d'autre part. La matinée a été consacrée à poser le cadre de ce forum par le biais d'exposés portés par les professeurs Christian Lalive d'Épinay et Frédéric Stiefel et par le docteur Marco Vannotti sur les thèmes respectivement du *vieillir aujourd'hui*, du *patient complexe* et du *travail en réseau*. La compagnie de théâtre le Caméléon a mis en scène la complexité du travail en réseau. Co-animés par des professionnel.le.s du réseau, les ateliers de l'après-midi ont constitué des espaces de rencontre, d'échange et de réflexion sur des thèmes comme *Le syndrome du vendredi ou ce patient dont personne ne veut*, *L'hospitalisation comme réponse à la complexité, une bonne réponse ?* ou *Le passage de témoin entre institutions : quelles transmissions ?* Près de 250 personnes ont participé à ce forum qui a aussi été l'occasion d'un adieu vibrant à Mme Anne Decollogny, sur le point de prendre sa retraite.

Groupe EMS (Etablissements médico-sociaux) :

Suite à la mise en œuvre de la Loi sur les Réseaux et du nouveau découpage géographique des réseaux, Clair Soleil, Recordon, La Méridienne et le Foyer Point du Jour passent du statut de membre associé à celui de membre affilié. 3 nouveaux EMS rejoignent également le réseau : Clos Bercher, Joli Automne et Ilot du Parc.

- Aubépines
- Baumettes
- Berges du Léman
- Béthanie
- Bois-Gentil
- Boissonnet
- Boveresses
- Foyer de la Borde
- Chantemerle
- Château de la Rive
- Châteaux
- Clair Soleil
- Clémence
- Clos Bercher
- Colline
- Collonges
- Colombes
- Escale
- Faverge
- Flon
- Grand Vennes
- Home
- Joli Automne
- Ilot du Parc
- Marronnier
- Meillerie
- Méridienne (Mont-Riant)
- Mont-Calme
- Nos Pénates
- Naz
- Novalles
- Odysse
- Oriel
- Orme
- Paix du Soir
- Parc de Valency
- Pensée
- Pension Thonney
- Pergolas (Claire Magnin)
- Pins
- Plein Soleil
- Point du Jour
- Praz Joret
- Praz Séchaud (1 et 2)
- Pré-Fleuri
- Pré-Pariset/Pré-de-la-Tour
- Primeroche et Valamour
- Recordon
- Rozavère
- Signal
- Terrasses
- Thonney (Foyer)
- Trémières

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 (Polyclinique 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
- André Fluckiger
- 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 du Gros-de-Vaud

- Assens
- Bercher
- Bettens
- Bioley-Orjulaz
- Bottens
- Bournens
- Boussens
- Bretigny-sur-Morrens
- Cugy
- Dommartin
- Echallens
- Eclagnens
- Essertines-sur-Yverdon
- Etagnières
- Fey
- Froideville
- Goumoens-la-Ville
- Goumoens-le-Jux
- Mex
- Montaubion-
Chardonney
- Morrens
- Naz
- Oulens-sous-Echallens
- Pailly
- Peney-le-Jorat
- Penthéraz
- Peyres-Possens
- Poliez-le-Grand
- Pollez-Pittet
- Rueyres
- St-Barthélemy
- Sugnens

- Sullens
- Villars-le-Terroir

- Villars-Mendraz
- Villars-Tiercelin

- Vuarrens
- Vufflens-la-Ville

District de Lausanne

- Cheseaux
- Epalinges

- Jouxteins-Mezery
- Lausanne

- Le Mont sur Lausanne
- Romanel

District de Lavaux-Oron

- Belmont s/Lausanne
- Bussigny-sur-Oron
- Châtillens
- Chesalles-s/Oron
- Chexbres
- Cully
- Ecoteaux
- Eppesses
- Essertes
- Ferlens
- Forel /VD

- Grandvaux
- Les Cullayes
- Les Tavernes
- Les Thioleyres
- Lutry
- Maraçon
- Mézières
- Montpreveyres
- Oron-la-Ville
- Oron-le-Châtel
- Palézieux

- Paudex
- Puidoux
- Pully
- Riex
- Rivaz
- Saint-Saphorin
- Savigny
- Servion
- Villette/Aran
- Vuibroye

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 30.6.2012

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

Membres Associés :

La Maison des Chavannes (Eben-Hezer) a demandé son admission en tant que membre associé.

- Ensemble hospitalier de la Côte (EHC)
- GRAAP - Groupe romand d'accueil et d'action psychiatriques
- Haute école cantonale vaudoise de la santé (HECVS)
- Société des pharmaciens Lausanne et environs
- SVM (Société vaudoise de médecine)
- Fédération suisse des sages-femmes (VD)
- Ligue Vaudoise contre le cancer
- Maison des Chavannes
- Pharma Care
- Clinique Bois-Cert
- Clinique Cecil
- Clinique de la Longeraie
- Clinique La Source
- Clinique Montchoisi
- Vidy-Med
- Althaus Patrick, physiothérapeute indép.
- Blanc Suzanne, physiothérapeute indép.

Présidente de l'association : Hélène Brughera

9.1 Comité

De nouveaux membres du groupe Soins aigus et réadaptation (SAR) ont été élus, à savoir M. M. Baeuchle en remplacement de M. P. Berthod, le Dr Ch. Bonsack et le Prof. C. Büla suite à la démission de M. D. Hude et du Prof. A. Pécoud.

Le Groupe Communes a été constitué dès le mois de mai par un représentant de chaque district.

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

- Chevalley Edna APROMAD
- Clivaz Luchez Patrizia APROMAD
- Jeanneret Stéphane 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 Grob Jean-Philippe
- Dr Hongler Thomas

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 District de Lausanne
- Blum Werner District du Gros-de-Vaud
- Cerottini Jean-Charles District de l'Ouest lausannois
- Conne Jacques-André District de Lavaux-Oron

Observateur :

- Masson Jean-Christophe Service de la Santé Publique du canton de Vaud

9.2 Bureau exécutif

Mme Catherine Mamboury Joyet a remplacé Mme Patrizia Clivaz Luchez en tant que représentante des Associations de soins et d'aide à domicile, tandis que M. Jean-Christophe Bourquin a rejoint le Bureau en tant que représentant des Communes.

- Bonard Marc
- Bourquin Jean-Christophe
- Brioschi Levi Hélène
- Gay Carol
- Mamboury Joyet Catherine

Présidente du comité et du bureau exécutif : Carol Gay

A l'Assemblée des membres de l'

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

Lausanne

**Rapport de l'organe de révision sur le contrôle restreint
Comptes annuels 2009**

(période du 1.1. au 31.12.2009)

19 mai 2010
6707/15'135'300/2150'0544/6+1-4
HK/cmi

**Rapport de l'organe de révision sur le contrôle restreint
à l'Assemblée des membres de l'**

Association "Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise" (ARCOS, Lausanne

En notre qualité d'organe de révision, nous avons contrôlé les comptes annuels (bilan, compte d'exploitation et annexe) de l'Association "Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise" (ARCOS pour l'exercice arrêté au 31 décembre 2009).

La responsabilité de l'établissement des comptes annuels incombe au comité de direction alors que notre mission consiste à contrôler ces comptes. Nous attestons que nous remplissons les exigences légales d'agrément et d'indépendance.

Notre contrôle a été effectué selon la Norme suisse relative au contrôle restreint. Cette norme requiert de planifier et de réaliser le contrôle de manière telle que des anomalies significatives dans les comptes annuels puissent être constatées. Un contrôle restreint englobe principalement des auditions, des opérations de contrôle analytiques ainsi que des vérifications détaillées appropriées des documents disponibles dans l'entreprise contrôlée. En revanche, des vérifications des flux d'exploitation et du système de contrôle interne ainsi que des auditions et d'autres opérations de contrôle destinées à détecter des fraudes ne font pas partie de ce contrôle.

Lors de notre contrôle, nous n'avons pas rencontré d'élément nous permettant de conclure que les comptes annuels ne sont pas conformes à la loi et aux statuts.

Lausanne, le 19 mai 2010

BDO SA



Helena Kara

Expert-réviseur agréé
Auditeur responsable



pp Nicolas Métraux

Expert-réviseur agréé

Annexes

Comptes annuels

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

BILAN AU 31 DECEMBRE 2009

	31.12.2009 CHF	31.12.2008 CHF
ACTIFS		
Actifs circulants		
Liquidités	1'346'777.00	1'255'942.00
Débiteurs divers	6'959.88	15'824.27
Actifs transitoires	212'040.29	331'145.93
	1'565'777.17	1'602'912.20
<hr/>		
TOTAL DE L'ACTIF	1'565'777.17	1'602'912.20
<hr/> <hr/>		
PASSIFS		
Fonds étrangers		
Fournisseurs	439'070.28	707'401.72
Autres engagements à court terme	236'466.55	91'314.50
Provision pour aménagement locaux	25'000.00	25'000.00
Passifs transitoires	101'772.00	26'193.45
	802'308.83	849'909.67
Fonds propres		
Fonds de réserve soins palliatif	241'732.40	241'732.40
Fonds de réserve HPCI	4'130.40	4'130.40
Fonds de réserve exploitation BRIO	621.31	621.31
Fonds pour réduction future de financement du BRIO	130'295.60	130'295.60
Fonds de réserve pour projets futurs	218'868.69	218'868.69
Bénéfice reporté (début de l'exercice)	157'354.13	157'354.13
Bénéfice de l'exercice	10'465.81	0.00
Bénéfice reporté (fin de l'exercice)	167'819.94	157'354.13
	763'468.34	753'002.53
<hr/>		
TOTAL DU PASSIF	1'565'777.17	1'602'912.20
<hr/> <hr/>		

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

**COMPTE D'EXPLOITATION DU 1ER JANVIER AU 31 DECEMBRE 2009
POUR LES ACTIVITES D'ARCOS ET DU BRIO**

	ARCOS	BRIO
	CHF	CHF
PRODUITS		
Subvention - CT (SASH)	0.00	43'500.00
Subvention - Etat fonctionnement	466'000.00	0.00
Subvention - Etat programme BRIO	0.00	570'980.00
Subvention - Etat Soins Palliatifs	507'248.90	0.00
Subvention - Etat HCPI	190'550.00	0.00
Subvention - CHUV	0.00	933'730.00
Subvention - Etat (BRIOCHE)	112'000.95	0.00
Subvention - Etat (versée par AVASAD/ALSMAD)	0.00	815'130.00
Subvention - Hospices	0.00	2'834'346.00
Subvention - Hôpital de Lavaux	0.00	230'376.00
Subventions	1'275'799.85	5'428'062.00
Cotisations		
Cotisation membres affiliés	8'000.00	0.00
Cotisation membres associés	3'800.00	0.00
Contribution membres affiliés	331'049.40	0.00
	342'849.40	0.00
Produits divers		
Intérêts	1'177.14	1'177.06
Inscriptions Forums	8'671.00	0.00
Autres produits	-2'116.95	1'976.50
Rétrocession facturation équipe mobile	45'490.90	0.00
Récupération APG	11'914.31	142'898.50
	65'136.40	146'052.06
Produits années antérieures	447.50	895.00
Produits extraordinaires	0.00	180'000.00
TOTAL DES PRODUITS	1'684'233.15	5'755'009.06

La présentation du compte d'exploitation a été modifiée en 2009.

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

**COMPTE D'EXPLOITATION DU 1ER JANVIER AU 31 DECEMBRE 2009
POUR LES ACTIVITES D'ARCOS ET DU BRIO**

	ARCOS	BRIO
	CHF	CHF
CHARGES		
Charges du personnel		
Salaires	434'584.30	4'527'397.25
Charges sociales	96'549.31	975'558.10
	531'133.61	5'502'955.35
Autres charges de personnel		
Recrutement	17'003.15	16'914.60
Congrès	0.00	3'000.00
Honoraires Médecins-conseil	133.30	6'815.10
Autres frais de personnel	7'142.25	9'417.15
	24'278.70	36'146.85
Indemnités	180'211.20	-3'662.15
Personnel externe	607'236.50	0.00
Formation, perfectionnement	25'600.00	8'300.00
Entretien, réparation		
Nettoyage locaux	1'814.85	3'647.60
Entretien des installations	1'801.30	9'416.20
Entretien équipement informatique	101'277.03	28'330.60
	104'893.18	41'394.40
Achat d'équipements, loyers		
Achat équipement technique	220.45	362.95
Achat équipement hardware	0.00	1'372.00
Achat de mobilier	1'306.65	34'273.15
Location photocopieurs	836.75	1'107.97
Loyers	40'673.84	76'759.76
	43'037.69	113'875.83
Energie	5'400.33	10'719.62
Intérêts passifs	80.00	80.00
<i>A reporter</i>	<i>1'521'871.21</i>	<i>5'709'809.90</i>

La présentation du compte d'exploitation a été modifiée en 2009.

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

**COMPTE D'EXPLOITATION DU 1ER JANVIER AU 31 DECEMBRE 2009
POUR LES ACTIVITES D'ARCOS ET DE BRIO**

	ARCOS CHF	BRIO CHF
<i>Report</i>	1'521'871.21	5'709'809.90
Frais d'administration		
Fournitures de bureau	3'179.15	6'342.40
Imprimés	19'996.75	2'709.00
Fournitures informatique	1'171.40	2'975.80
Frais de téléphone	1'036.80	4'391.10
Affranchissements	1'351.00	667.00
Services bancaires	188.01	188.02
Livres, journaux	2'166.85	521.40
Frais de représentation	14'388.25	1'163.05
Frais de déplacement	7'423.16	3'935.15
Mandat-expertises	15'176.50	7'182.45
Mandat finance	27'947.72	55'893.73
Honoraires juridiques	381.85	1'664.35
Frais organe de révision	3'230.00	6'459.05
	97'637.44	94'092.50
Autres charges d'exploitation		
Traitement déchets	436.00	872.00
Primes d'assurances	1'020.60	2'041.25
Taxes, émoluments	25.00	0.00
Autres charges d'exploitation	-274.80	35.65
	1'206.80	2'948.90
Charges années antérieures	454.50	755.15
TOTAL DES CHARGES	1'621'169.95	5'807'606.45
RESULTAT DE L'EXERCICE	63'063.20	-52'597.39

La présentation du compte d'exploitation a été modifiée en 2009.

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

COMPTE D'EXPLOITATION GLOBAL DU 1ER JANVIER AU 31 DECEMBRE 2009

	2009	2008 <small>Adapté pour la comparaison avec 2009</small>	2008
	CHF	CHF	CHF
PRODUITS			
Subventions			
Subvention - CT (SASH)	43'500.00	0	0.00
Subvention - Etat fonctionnement	466'000.00	500'000	500'000.00
Subvention - Etat programme BRIO	570'980.00	557'330	557'330.00
Subvention - Etat Soins Palliatifs	507'248.90	455'500	455'500.00
Subvention - Etat HCPI	190'550.00	150'000	150'000.00
Subvention - OMSV (BRIO)	933'730.00	1'132'500	1'132'500.00
Subvention - Etat (BRIOCHE)	112'000.95	24'903	24'902.90
Subvention - Etat (versée par AVASAD/ALSMAD)	815'130.00	791'696	791'696.00
Subvention - Hospices	2'834'346.00	2'348'667	2'348'667.00
Subvention - Plein-Soleil	0.00	28'295	28'295.25
Subvention - Hôpital de Lavaux	230'376.00	188'636	188'636.00
Subventions	6'703'861.85	6'177'527	6'177'527.15
Cotisations			
Cotisation membres affiliés	8'000.00	51'000	51'000.00
Cotisation membres associés	3'800.00	5'000	5'000.00
Contribution membres affiliés	331'049.40	202'954	202'954.00
	342'849.40	258'954	258'954.00
Produits divers			
Intérêts	2'354.20	26'891	26'890.87
Inscriptions Forums	8'671.00	0	0.00
Autres produits	-140.45	6'910	6'909.60
Rétrocession facturation équipe mobile	45'490.90	15'568	15'568.35
Récupération APG	154'812.81	0	0.00
	211'188.46	49'369	49'368.82
Produits années antérieures	1'342.50	12'463	12'463.20
Produits extraordinaires	180'000.00	2'106	2'105.70
TOTAL DES PRODUITS	7'439'242.21	6'500'419	6'500'418.87

La présentation du compte d'exploitation a été modifiée en 2009.

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

COMPTE D'EXPLOITATION GLOBAL DU 1ER JANVIER AU 31 DECEMBRE 2009 (SUITE)

	2009	2008	2008
	CHF	Adapté pour la comparaison avec 2009 CHF	CHF
CHARGES			
Charges du personnel			
Salaires	4'961'981.55	4'332'443	4'288'442.28
Charges sociales	1'072'107.41	1'023'842	938'933.15
	6'034'088.96	5'356'285	5'227'375.43
Autres charges de personnel			
Recrutement	33'917.75	47'331	47'331.40
Congrès	3'000.00	350	350.00
Honoraires Médecins-conseil	6'948.40	6'296	6'295.90
Autres frais de personnel	16'559.40	17'715	13'100.55
	60'425.55	71'692	67'077.85
Indemnités	176'549.05	211'058	24'304.50
Personnel externe	607'236.50	444'261	0.00
Formation, perfectionnement	33'900.00	43'105	23'445.40
Entretien, réparation			
Nettoyage locaux	5'462.45	3'532	3'532.05
Entretien des installations	11'217.50	72'547	72'547.45
Entretien équipement informatique	129'607.63	63'795	63'794.97
Entretien mobilier	0.00	-723	-723.07
	146'287.58	139'151	139'151.40
Achat d'équipements, loyers			
Achat équipement technique	583.40	270	270.00
Achat équipement hardware	1'372.00	1'782	1'781.85
Achat de mobilier	35'579.80	13'681	13'681.05
Location photocopieurs	1'944.72	2'839	2'839.16
Loyers	117'433.60	69'540	69'540.00
Location salle	0.00	0	0.00
	156'913.52	88'112	88'112.06
Energie	16'119.95	11'438	11'438.15
Intérêts passifs	160.00	0	0.00
<i>A reporter</i>	<i>7'231'681.11</i>	<i>6'365'102</i>	<i>5'580'904.79</i>

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

COMPTE D'EXPLOITATION GLOBAL DU 1ER JANVIER AU 31 DECEMBRE 2009 (SUITE)

	2009	2008 <small>Adapté pour la comparaison avec 2009</small>	2008
	CHF	CHF	CHF
<i>Report</i>	7'231'681.11	6'365'102	5'580'904.79
Frais d'administration			
Fournitures de bureau	9'521.55	10'798	10'613.00
Imprimés	22'705.75	6'665	2'624.85
Fournitures informatiques	4'147.20	4'103	4'103.15
Frais de téléphone	5'427.90	5'367	5'358.35
Affranchissements	2'018.00	4'060	4'000.00
Services bancaires	376.03	251	250.55
Livres, journaux	2'688.25	3'012	1'712.35
Frais de représentation	15'551.30	14'976	5'763.65
Frais de déplacement	11'358.31	8'324	5'093.44
Mandat-expertises	22'358.95	83'500	64'434.45
Mandat finance	83'841.45	81'717	81'716.80
Honoraires juridiques	2'046.20	2'557	2'556.60
Frais organe de révision	9'689.05	9'000	9'000.00
	191'729.94	234'330	197'227.19
Autres charges d'exploitation			
Traitement déchets	1'308.00	298	298.15
Primes d'assurances	3'061.85	3'277	3'277.05
Taxes, émoluments	25.00	0	0.00
Contributions à la gestion des lits court séjour	0.00	220'976	220'976.00
Programme cantonal Soins Palliatifs	0.00	0	496'699.38
Programme cantonal HPCI	0.00	0	148'090.60
Projet Accord collaboration BRIO	0.00	0	9'939.95
Projet Psychiatrie âge avancé	0.00	0	27'472.15
Projet Psychiatrie communautaire	0.00	0	139'098.20
Autres charges d'exploitation	-239.15	3'832	3'831.97
	4'155.70	228'383	1'049'683.45
Charges années antérieures	1'209.65	0	0.00
TOTAL DES CHARGES	7'428'776.40	6'827'815	6'827'815.43
RESULTAT DE L'EXERCICE	10'465.81	-327'396	-327'396.56

La présentation du compte d'exploitation a été modifiée en 2009.

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

PROPOSITION D'AFFECTATION DU RESULTAT AU 31 DECEMBRE 2009

	CHF
<i>Bénéfice à disposition de l'assemblée</i>	
Bénéfice de l'exercice	10'465.81
Bénéfice reporté au 1er janvier	157'354.13
Bénéfice à disposition de l'assemblée	<u>167'819.94</u>
<i>Attribution/prélèvement obligatoires</i>	
Attribution à la réserve pour HPCI	42'354.75
Prélèvement de la réserve pour soins palliatifs	-12'141.36
<i>Proposition d'affectation</i>	
Dissolution fonds pour réduction de financement futur BRIO	-130'295.60
Attribution à la réserve exploitation BRIO	77'698.21
Attribution à la réserve générale	190'203.94
Total comme ci-dessus	<u>167'819.94</u>