ARCOS

Rapport annuel

et

Statistiques d'activités du BRIO

2012

ASSOCIATION «RÉSEAU DE LA COMMUNAUTÉ SANITAIRE DE LA RÉGION LAUSANNOISE»

Impressum : © ARCOS

Cette publication est disponible en format PDF en français sur le site : www.arcosvd.ch

TABLE DES MATIERES

1 GLOSSAIRE 5

2 SYNTHESE 7

3 ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT 9

3.1 Membres et organes du réseau 9
3.1.1 Adhésion de nouveaux membres associés 9
3.1.2 Nouveaux membres du comité 9
3.1.3 Choix du réviseur des comptes 9
3.1.4 Rencontre avec les Directions des EMS 9
3.1.5 Séance d'information aux communes 9

3.2 Gouvernance 9
3.2.1 Réorganisation du BRIO 9
3.2.2 Renouvellement des cadres 10
3.2.3 Organisation administrative 10

3.3 Ressources humaines 10
3.3.1 Dotations (en EPT) 10
3.3.2 Mouvements 11
3.3.3 Autres statistiques 11
3.3.4 Formation 11
3.3.5 « Polypoint » (PEP) 11

3.4 Finances 12
3.4.1 Budget et comptes 2012 12

3.5 Système d'information 14
3.5.1 Brioche-Web 14
3.5.2 Icare 14
3.5.3 eHealth 15
3.5.4 Recueil des besoins des programmes de santé publique (PSPP) et réseaux de soins 15
3.5.5 Participation à différents projets système d'information 15

3.6 Qualité 15
3.6.1 Extension de la démarche qualité du réseau à l'Hôpital psychiatrique de l'âge avancé 15
3.6.2 Simplification de la démarche qualité 15

3.7 Communication 16
3.7.1 Lettres d'information 16
3.7.2 Forum ARCOS 2012 16
3.7.3 Rencontre romande de Curaviva 16
3.7.4 Site web commun des réseaux 16

3.8 Infrastructures 17
3.8.1 Extension et aménagement des locaux 17

4 RELATIONS AVEC LES SERVICES DE L'ETAT 18

4.1 Bilan et perspective des réseaux 18

4.2 Indicateurs d'évaluation des résultats 18

4.3 Découpage géographique des réseaux 18

5 ACTIVITÉ DU BRIO 19

5.1 Statistiques 19
5.1.1 Activité du BRIO dans son ensemble 19
5.1.2 Activité concernant les longs séjours EMS 23
5.1.3 Activité concernant les courts séjours en EMS 26

5.2 Lutte contre l'engorgement 26
5.2.1 Ouverture de lits de long séjour 26
5.2.2 Besoins en lits de réadaptation et de soins palliatifs 26

5.3 Avenir de l'activité de court séjour 27
5.4 Directive BRIO II du 8 décembre 2009 28
5.4.1 Mission informative du BRIO (CORES) 28
5.4.2 Mission informative du BRIO (ARCOS) 28
5.5 Autres projets 28
5.5.1 Liaison hospitalière et itinéraires cliniques 28

6 ACTIVITES DES FILIERES 30

6.1 Filière Soins palliatifs 30
6.1.1 Formation 30
6.1.2 Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP) 30
6.1.3 PROPAL 2015 30
6.2 Filière psychiatrie de l'âge avancé 31
6.2.1 Les formations 31
6.2.2 Les stages interinstitutionnels 31
6.2.3 Les transferts entre l'hôpital, l'EMS et le domicile 32
6.2.4 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 34
6.4 Filière gériatrie communautaire 34
6.4.1 Projet Géri-A-Com 34
6.4.2 Politique vieillissement et santé 34
6.5 Programme cantonal diabète (PcD) 35
6.5.1 Mise en œuvre du programme 35
6.5.2 Réflexions pour la création d'une filière régionale 35
6.6 Cellule HPCI 35
6.6.1 Activités principales des membres de la Cellule HPCI ARCOS 35
6.6.2 Formations 36
6.6.3 Consultations et demandes ponctuelles 36

7 LISTE DES MEMBRES AU 31 DECEMBRE 2012 38

8 COMPOSITION DU COMITE ET DU BUREAU EXECUTIF AU 31 DECEMBRE 2012 40

8.1 Comité 40
8.2 Bureau exécutif 40

9 COMPTES 2012 41

1 GLOSSAIRE

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'études avancées
CCT	Convention collective de travail dans le secteur sanitaire parapublic vaudois
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIH	Commission cantonale infrastructure hébergement
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
COPIL PAM	Comité de pilotage « Propositions d'amélioration »
CORES	Coordination des réseaux de soins vaudois
CPP	Commission paritaire professionnelle
CS	Court séjour
Curaviva	Association des homes et institutions sociales suisses
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 Vd	Haute Ecole d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud
HNM	Home non médicalisé
HPAA	Hôpital psychiatrique de l'âge avancé

HPCI	Hygiène, prévention et contrôle des infections
IC	Infirmier.ère-chef.fe
ICARE	Projet Indicateurs des réseaux de soins
IDL	Infirmier.ère de liaison
IRIS	Intégration du RAI et informatisation des soins
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 méticilline
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
PSHL	Plateforme Santé Haut Léman
RAI	Méthode d'évaluation pour les services à domicile
REAGER-READOM	Filière coordonnée de réadaptation hospitalière et à domicile
RH	Ressources humaines
RNB	Association du Réseau de soins de la Broye et du nord vaudois
RPC	Recommandations de pratique clinique
SAR	Soins aigus et réadaptation
SAS	Soins aigus aux seniors (filière et unité)
SASH	Service des assurances sociales et de l'hébergement
SI	Système d'information
SPA2	Formation soins palliatifs, niveau A2
SPAH	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

2 SYNTHESE

2012 a été pour le Bureau d'information et d'orientation (BRIO) une année de redressement après les difficultés rencontrées en 2011. Dans l'ensemble, la pression s'est détendue, l'activité a continué de croître mais à un rythme un peu moins soutenu, les effectifs infirmiers et administratifs ont été renforcés (+2.2 EPT), les absences pour maladies des collaborateurs ont été moins nombreuses, les attentes de placement en EMS également. L'équipe des cadres a été renouvelée et la réflexion pour améliorer le fonctionnement du BRIO sur les plans de la gouvernance, de l'organisation et du positionnement des infirmières de liaison a bien avancé. Sa mise en œuvre a débuté en 2012 et se poursuivra en 2013.

Le résultat financier du réseau a été globalement équilibré, reflétant toutefois des situations très différentes d'une activité à l'autre : excédent de revenus de Fr 154'847 pour le programme cantonal soins palliatifs, excédent de charges de Fr 158'028 pour le dispositif permanent du réseau.

La cellule Système d'information de la Coordination des réseaux de soins vaudois (CORES), rattachée au réseau ARCOS, a centré son action sur la professionnalisation de l'hébergement de la BRIOCHE, l'application informatique métier des BRIOs, désormais confié au CHUV, sur le déploiement accéléré des échanges électroniques du document médico-social de transmission (DMST) entre les hôpitaux et les BRIOs (projet Venus), entre ces derniers et les EMS (projet Mercure) et entre les CMS et le BRIO d'ARCOS. Sur mandat du Service de la Santé publique, elle a initié une réflexion sur l'extension de son périmètre d'intervention à l'ensemble des programmes dans lesquels les réseaux sont impliqués.

La démarche qualité concernant le transfert des patients entre les membres du réseau a été étendue à la psychiatrie de l'âge avancé. Une démarche a été lancée pour la simplifier et la rendre plus efficiente.

Dans le domaine de la communication, le forum organisé par le réseau sur le thème « Les seniors changent…et nous ? Le réseau de soins au service des seniors » a rencontré un franc succès. Une démarche a été entreprise pour créer un site web commun des réseaux afin d'améliorer leur impact médiatique et informatif et de mutualiser les frais et la gestion de ce site.

A la demande du Service de la santé publique, le réseau ARCOS a établi un bilan du réseau et défini ses perspectives de développement, premier pas vers la définition de ses orientations stratégiques pour la législature 2013-2017.

Pour la 3ème année consécutive, l'activité du BRIO a fortement augmenté (+3.8% en 1 an, +17% en 3 ans). Les placements en long séjour ont également fortement augmenté (+9.9%), en lien avec une vague importante de décès en début d'année et avec l'ouverture de 56 lits supplémentaires. Paradoxalement, la durée d'attente pour ces placements a augmenté d'environ 30% étant donné le choix de plus en plus ciblé des usagers sur un ou deux EMS, souvent les EMS récemment construits. Le BRIO devra certainement revoir son approche pour tenir compte de cette évolution. S'agissant des courts séjours, la diminution des taux d'occupation des lits conventionnés avec le BRIO s'est accélérée, passant de 81% en 2011 à 73% en 2012. Un plan d'action, touchant la capacité en lits, la promotion et la mission de cette activité, a été élaboré pour inverser cette évolution en 2013.

La lutte contre la pénurie de lits d'hébergement de long séjour et de réadaptation et contre l'engorgement du CHUV s'est poursuivie en 2012. Le réseau a participé, au sein de la Commission cantonale infrastructure hébergement (CIH), à l'évaluation des projets d'ouverture et de modernisation déposés par plusieurs EMS de la région Centre dans le cadre du Programme d'investissement et de modernisation des EMS (PIMEMS) pour la législature 2013-2017. 490 lits supplémentaires ont ainsi été proposés par les EMS du réseau pour des besoins évalués à 330. Le projet REAGER READOM a été lancé pour offrir des prestations de réadaptation à l'hôpital puis à domicile aux patients en attente d'un CTR. De même, un projet a été préparé pour offrir à l'hôpital en 2013 des prestations de soins palliatifs aux patients en attente d'un CTR.

Le BRIO a mené avec succès une expérience pilote dans le Service de chirurgie cardiaque et vasculaire du CHUV, pour évaluer la situation médico-sociale des patients avant le jour de l'opération et activer ainsi plus rapidement leur orientation. Cette expérience devrait s'étendre à l'avenir à d'autres services hospitaliers.

Dans le cadre de la démarche BRIO II, les représentants du réseau ont contribué de manière importante à la réflexion pour développer la mission informative des BRIOs en complément à celle des services de l'Etat.

L'année 2012 a vu la poursuite des projets lancés les années précédentes au sein des filières de soins :

- Pour les soins palliatifs, le développement des trois axes prioritaires du projet PROPAL 2015, en particulier la mise en œuvre des propositions d'amélioration du dispositif des infirmières ressources en EMS

et en CMS ainsi que l'adaptation helvétique de l'outil d'aide à la décision de faire appel à une équipe spécialisée, Pallia 10 CH.

- Pour la psychiatrie de l'âge avancé, la poursuite de la réflexion pour améliorer les transferts difficiles entre l'hôpital et l'EMS, ainsi que la préparation de l'ouverture du Centre Leenaards de la mémoire du CHUV en janvier 2013.
- Pour la psychiatrie communautaire adulte, la consolidation des actions menées pour développer la collaboration entre l'Hôpital et les CMS (formation aux entretiens de réseau, stages inter-institutionnels, rencontres des cadres), la poursuite de l'expérimentation d'une gestion de cas de liaison entre l'hôpital et l'hébergement et la participation aux réflexions pour la mise en place d'une filière cantonale psychiatrique, en particulier de son dispositif d'orientation.
- Pour la gériatrie communautaire, la finalisation du projet Géri-A-Com qui avait pour objectif l'expérimentation des évaluations gériatriques, l'information des membres et des collaborateurs du réseau sur la nouvelle politique Vieillissement et Santé.
- Pour le diabète, la poursuite de la mise en œuvre régionale du programme cantonal (forum régional, répertoire des professionnels, inventaire des offres de prise en soins) et le lancement d'une réflexion sur la pertinence de créer une filière régionale pour répondre aux besoins spécifiques de la région lausannoise.
- Pour la cellule régionale hygiène, prévention et contrôle des infections (HPCI), le développement d'une campagne d'hygiène des mains à l'intention des EMS et l'expérimentation d'une formation pour les nouveaux collaborateurs.

3 ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

3.1 Membres et organes du réseau

3.1.1 Adhésion de nouveaux membres associés

En 2012, comme PERMED SA, IDP Médical et Assistance à domicile (Home care) l'avaient fait en 2011, quatre nouvelles organisations de soins et d'aide à domicile (OSAD), Proxicare, Osadex SA, La solution.ch et Unique Ressources humaines ont adhéré au réseau en tant que membres affiliés, suite à l'arrêté du Conseil d'Etat du 16 mars 2011. Désormais, pour pouvoir facturer leurs prestations à charge de l'assurance obligatoire et percevoir des subventions de l'Etat, les OSAD doivent 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.

Si La solution.ch et Unique Ressources humaines ont une vocation généraliste, Proxicare et Osadex SA offrent leurs prestations aux résidents respectivement du home non médicalisé Nos Pénates à Lausanne et des appartements protégés gérés par l'EMS l'Ilot du Parc à Lutry.

Ont également adhéré comme membres associés la Pharmacie 24 et le Dr R. Hadid, pharmacien à Lausanne.

3.1.2 Nouveaux membres du comité

Deux nouveaux membres du Comité ont été nommés :

- pour le groupe EMS, M. F. Matt, directeur des EMS Le Home à Pully et Les Pins à Lausanne, en remplacement de Mme M. Herren Favez,
- pour le groupe Soins à domicile, M. S. Marmy, directeur de la Fondation Soins Lausanne, en remplacement de Mme C. Mamboury Joyet.

3.1.3 Choix du réviseur des comptes

Par souci de continuité, l'assemblée générale du 17 novembre 2011 avait pris la décision de confier la révision des comptes 2011 à la même fiduciaire que les années précédentes, à savoir BDO SA. Lors de sa séance du 26 janvier 2012, le Comité a modulé cette décision en demandant que BDO confie cette tâche à un nouveau réviseur, M. Nicolas Métraux, qui puisse apporter un regard nouveau. L'assemblée générale du 15 novembre 2012 a confirmé ce choix pour la révision des comptes 2012.

3.1.4 Rencontre avec les Directions des EMS

Une rencontre a été organisée le 23 janvier avec les directions des EMS du réseau pour leur présenter la formation pilote organisée par la cellule régionale pour les nouveaux collaborateurs, dans le domaine Hygiène Prévention et Contrôle des Infections. Leur ont également été présentées dans le domaine des soins palliatifs, les propositions d'amélioration du dispositif des infirmières ressources ainsi qu'un premier bilan des formations de sensibilisation pour l'ensemble des collaborateurs des EMS.

3.1.5 Séance d'information aux communes

Le 10 mai, une courte séance d'information était organisée à l'intention des représentants des communes. Elle portait sur le Réseau, sa mission, son fonctionnement, son utilité et ses enjeux pour les communes.

3.2 Gouvernance

3.2.1 Réorganisation du BRIO

Suite aux difficultés rencontrées de manière récurrente les années précédentes, une réflexion a été lancée en 2012 pour améliorer le fonctionnement du BRIO sur les plans de la gouvernance, de l'organisation et du positionnement des infirmières de liaison.

- S'agissant du premier plan, afin de renforcer l'encadrement et le soutien de proximité d'une équipe d'infirmières de liaison de plus en plus nombreuses, un 4ème poste d'infirmière-cheffe a été créé et les postes de supervision et de développement (infirmières-cheffes) ont été différenciés des postes d'encadrement de proximité (infirmières-cheffes de secteur).
- S'agissant du second plan, il a été décidé d'organiser le BRIO en 3 secteurs afin de renforcer les liens entre les infirmières de liaison et avec les partenaires, de développer leurs compétences (spécialisa-

tion/polyvalence) et leur motivation et de simplifier la gestion du tournus et des remplacements. Le premier secteur regroupe les services de médecine, les urgences et les centres de traitement et de réadaptation, le second les départements de chirurgie, de l'appareil locomoteur et des neurosciences cliniques, le troisième les unités dédiées à l'hébergement EMS (courts et longs séjours, Structure de préparation et d'attente à l'hébergement) ou à l'ambulatoire (Centre Leenaards de la mémoire). Cette nouvelle organisation sera mise en place en 2013.

- S'agissant du troisième plan, il a été décidé de confier en 2013 un mandat à un cabinet de consultants en ressources humaines pour analyser le positionnement des infirmières de liaison au sein du réseau, les attentes de leurs partenaires et les évolutions qui se dessinent, leur besoins de soutien et de reconnaissance et leur image afin de dresser un bilan de la situation et formuler, le cas échéant, des recommandations d'amélioration.

3.2.2 Renouvellement des cadres

- Après près de 12 ans passés au BRIO, Mme S. Fellay, infirmière-cheffe de la liaison hospitalière depuis 2008, a pris la direction des soins de l'Hôpital de Lavaux, tandis que Mme N. Rosset-Borremans, au BRIO depuis près de 11 ans, infirmière-cheffe ad intérim depuis 2011, a pris une retraite bien méritée.
- Mme T. Antonini a pris le poste d'infirmière-cheffe des courts et long séjours, devenu vacant suite au départ de Mme M.-H. Crausaz, et Mme S. Million a pris le poste d'infirmière-cheffe du secteur 2.
- Suite au départ de Mme S. Crisinel, M. T. Müller a pris le poste d'adjoint de direction, en charge des ressources humaines, des finances, de la communication et de la qualité.

Si, à court terme, ce renouvellement important des cadres fragilise quelque peu le fonctionnement du BRIO et du Réseau, il apporte également un regard neuf et l'énergie nouvelle nécessaires aux développements et enjeux à venir.

3.2.3 Organisation administrative

Suite à un mandat donné à une équipe d'étudiants de la Haute Ecole d'ingénierie et de Gestion du canton de Vaud (HEIG-Vd) et aux propositions d'amélioration qui en ont résulté, les mesures suivantes ont été mises en œuvre en 2012 :

- Organisation en pool de compétence (secrétariat de direction, ressources humaines, accueil-réception) et organisation des remplacements en seconde ligne.
- Renforcement des effectifs par l'engagement de deux réceptionnistes à temps partiel, d'une secrétaire-assistante à 50% en soutien aux IC et cheffes de projet.
- Développement des compétences nécessaires par le biais de formations diverses (PEP : gestion du temps de travail), Brioche, Accueillir, informer et orienter les usagers, Mind Mapping, etc.)
- Mise à jour des cahiers des charges et des procédures de travail.

3.3 Ressources humaines

3.3.1 Dotations (en EPT)

		Budget 11	Réel 2011	Budget 12	Réel 12	Ecart B / R
ARCOS et BRIO	Infirmiers.ères	45.65	46.85	49.7	48.8	- 0.9
	Administratifs	11.8	11.75	12.3	12	-0.3
	Total	**57.45**	**58.60**	**62**	**60.8**	**-1.2**

4.55 EPT (Equivalent plein temps) supplémentaires ont été prévus dans le budget 2012 par rapport à celui de 2011 : renforcement des postes infirmiers et de la gouvernance infirmière (+4.05 EPT) et renfort administratif (adjoint et secrétariat +0.5 EPT).

L'augmentation réelle des effectifs s'élève a 2.2 EPT, 1.95 pour les postes infirmiers et 0.25 pour les postes administratifs.

13 nouveaux collaborateurs sont entrés en fonction en 2012 (2 réceptionnistes, 1 secrétaire, 4 IDL, 1 assistant-social, 2 Infirmières-cheffes, 1 infirmière-cheffe de secteur, 1 adjoint de direction, 1 agent d'exploitation).

Ces engagements ont nécessité un soutien important de la part de l'équipe RH et ont accaparé une part importante de leur activité tout au long de l'année afin d'assurer un suivi adéquat. L'arrivée de 3 nouvelles cheffes dans le domaine infirmier a engendré un effort soutenu en termes d'intégration pour

la direction et les cadres en place et a vu le départ de l'une des 3 cheffes de la gouvernance avant le terme de la période d'essai.

3.3.2 Mouvements

Le personnel d'ARCOS était composé de 70 personnes au 31 décembre 2011 et de 77 personnes au 31 décembre 2012. Cette différence de 7 personnes est la résultante de 13 arrivées et de 6 départs.

En 2012, le taux de rotation du personnel (nombre de départs intervenus dans le courant de l'année sur le nombre de collaborateurs présents au 1er janvier) a été de 8.6%. Cet indicateur est en hausse marquée en comparaison avec 2011 (3.1%). Il tient surtout à des départs en retraite ou de cadres et ne remet pas en cause la forte stabilité du personnel infirmier d'ARCOS.

3.3.3 Autres statistiques

Au 31 décembre 2012, l'âge moyen des collaborateurs est de 47.7 ans (48.2 ans pour les femmes et 44.8 ans pour les hommes). En 2011, l'âge moyen s'élevait à 46.6 ans. On observe ainsi, depuis quelques années, une tendance à une augmentation de l'âge moyen des collaborateurs d'ARCOS.

Le taux d'absentéisme, tenant compte des cas de maladie et de maladie liée à la grossesse, est de 2.8% en 2012. Il était de 5.7% en 2011. L'évolution est donc fortement marquée à la baisse, notamment en raison d'absence de congé maternité en 2012 et d'une diminution importante des absences pour maladie de longue durée. Il traduit la détente observée au BRIO après une année 2011 particulièrement difficile.

3.3.4 Formation

Formations spécialisées des infirmières de liaison

En 2011 – 2012, la formation CAS (Certificat d'Etudes Avancées) en « Liaison orientation » a été suivie et couronnée de succès pour deux IDL du BRIO d'ARCOS; d'autre part, deux autres IDL ont poursuivi une formation DAS (Diplôme d'Etudes Avancées) en « Santé des populations vieillissantes » débutée en 2011 et qui se terminera en 2013.

En 2012, trois IDL ont commencé une formation CAS et une autre infirmière de liaison une formation certifiante de « Gestionnaire de cas en gériatrie » dans la perspective de la mise en place de cette nouvelle fonction dans le cadre de la politique vieillissement et santé.

Temps de formation

Au total, si on ajoute à ces formations spécialisées les supervisions et les formations en entretiens de réseaux et en management de proximité, les infirmières de liaison et infirmières-cheffes ont bénéficié de 241 jours de formation sur l'année 2012. En 2011, ce nombre de jours était de 127 jours : on assiste donc à une augmentation importante pour la partie concernant le BRIO en accord avec la politique suivie en la matière pour renforcer l'encadrement et la qualité des prestations.

La formation concernant le personnel administratif (bureautique, gestion de projet, etc.) représente 16 jours pour l'année 2012, soit une baisse marquée par rapport à l'année 2011 qui s'élevait à 55 jours.

Le total du nombre de jours de formation accordés aux collaborateurs d'ARCOS en 2012 se monte donc à 257 jours (182 jours en 2011), soit en moyenne près de 3.5 jours (2.7 jours en 2011) par collaborateur sur l'année.

3.3.5 « Polypoint » (PEP)

L'utilisation de l'outil de gestion « Polypoint » pour la planification des horaires a été effective au début 2012. Les données concernant les présences et les absences ont été intégrées au système pour tous les collaborateurs dès le 1er janvier. Dès le 1er juillet 2012, la création et la transmission des plannings ont été réalisées entièrement sur Polypoint. Une nouvelle légende des horaires de présence composée de 39 icônes représentant chacune un lieu de travail et d'absences diverses (plus de 20 icônes) a été mise en place. Si une nécessaire période d'adaptation à ce nouveau système a provoqué quelques réajustements au départ, Polypoint permet désormais à ARCOS de travailler avec la sécurité d'un outil informatisé fiable et la possibilité d'extraire des données importantes, notamment en matière de statistiques.

3.4 Finances

3.4.1 Budget et comptes 2012

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

ARCOS (sans le BRIO et les programmes cantonaux)

Résultat 2012	Réel	Budget	Ecart
Charges salariales	1'347'428	1'432'301	84'873
Autres charges	425'185	336'900	-88'285
Total charges	**1'772'612**	**1'769'201**	**-3'411**
Revenus	**1'614'451**	**1'559'913**	**54'538**
Résultat exploitation	**-158'161**	**-209'288**	**51'127**

Résultat hors exploitation	**133**	**0**	**133**

Résultat	**-158'028**	**-209'288**	**51'260**
Dont			
Dispositif permanent	112 816	91 012	21 804
Filière psychiatrie de l'âge avancé	-23 797	-47 100	23 303
Filière psychiatrie communautaire	-176 633	-169 400	-7 233
Filière gériatrie communautaire	-59 152	-50 000	-9 152
Forum	-32 028	-30 800	-1 228
Autres projets Brio	-1 759	-3 000	1 241
Développements de la Brioche	28 060		28 060
E-Health	-5 535		-5 535

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, soins aigus de transition, projet mission informative du BRIO, forum, autres projets BRIO, développements de la « Brioche-web », projet ICARE et E-Health). Elle n'inclut 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 209'288.- était prévu pour financer, notamment, les demandes de réallocation concernant le dispositif permanent du réseau non retenu par l'Etat, le malus effectif s'est finalement monté à Fr 158'028.-

Ce résultat s'explique :

- pour le dispositif permanent, par des postes restés momentanément vacants (Fr 25'000.-) et des frais de formation moindre qu'envisagés (Fr 10'000.-), par des frais administratifs (Fr -13'000.-) et des coûts de maintenance informatique (Fr -6'000.-) plus élevés, par des produits (Fr 10'000.-) plus importants qu'envisagés,
- pour la filière psychiatrie communautaire adulte, par un dépassement sur les postes de chefs de projet (Fr -7'000.-),
- pour la filière psychiatrie de l'âge avancé, par des piquets et indemnités plus faibles que prévus (Fr 13'000.-) tout comme pour les mandats octroyés (Fr 10'000.-),
- pour Geri-a-com, par une participation au déficit pour un montant de Fr -9'000.-,
- pour E-Health et la Brioche, des frais moins importants que prévus (Fr 22'000.-).

BRIO

Résultat 2012	Réel	Budget	Ecart
Charges salariales	6'879'389	7'015'214	135'825
Autres charges	277'979	258'000	-19'979
Total charges	**7'157'368**	**7'273'214**	**115'846**
Revenus	**7'139'300**	**7'185'297**	**-45'997**
Résultat exploitation	**-18'068**	**-87'917**	**69'849**
Résultat hors exploitation	**-2'559**	**0**	**-2'559**
Résultat	**-20'627**	**-87'917**	**67'290**

L'activité du BRIO enregistre un résultat négatif d'un montant de Fr 20'627.- au lieu des Fr 87'917.- budgétisés, compte tenu :

- pour les charges salariales : un recrutement progressif et des postes laissés momentanément vacants (Fr 132'000.-), notamment des postes d'Infirmière-cheffe et infirmière-cheffe de secteur,
- pour les autres charges : des mandats informatiques en baisse (Fr 14'000.-), des coûts en mobilier (Fr -16'000.-) en hausse suite aux travaux d'agrandissement de nos locaux au Bugnon 4 (Fr -25'000.- financés par la réserve), des frais de réalisation pour la vitrine du BRIO située au Bugnon 4 (Fr -14'000.-),
- pour les revenus : une adaptation du financement SASH aux coûts réels du service social (Fr -16'000.-) et des montants estimés pour les remboursements perte de gain (Fr -16'000.-), une contribution moins importante que prévue des EMS (Fr -17'000.-).

Programme cantonal soins palliatifs

Résultat 2012	Réel	Budget	Ecart
Charges salariales	592'037	694'017	101'980
Autres charges	111'711	184'283	72'572
Total charges	**703'748**	**878'300**	**174'552**
Revenus	**858'918**	**878'300**	**-19'382**
Résultat exploitation	**155'170**	**0**	**155'170**
Résultat hors exploitation	**-323**	**0**	**-323**
Résultat	**154'847**	**0**	**154'487**

Cette activité enregistre un résultat positif de Fr 154'847.- au lieu de l'équilibre budgétisé. Ce résultat s'explique :

- pour les charges salariales : par une sous-dotation de l'équipe mobile en médecins et psychologues (Fr 122'000.-),
- pour les autres charges : par la mise en œuvre limitée de formation de sensibilisation (Fr 75'000.-),
- par les coûts de développement et de maintenance de l'application informatique medlink (Fr -50'000.-) couverts par des subventions complémentaires du Service de la santé publique,
- pour les revenus : par un versement partiel de la subvention de l'Etat au vu de l'importance de la réserve affectée aux soins palliatifs (Fr -70'000.-).

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

Résultat 2012	Réel	Budget	Ecart
Charges salariales	212'528	230'700	18'172
Autres charges	1'540	3'300	1'760
Total charges	**214'068**	**234'000**	**19'932**
Revenus	**234'000**	**234'000**	**0**
Résultat exploitation	**19'932**	**0**	**19'932**
Résultat hors exploitation	**901**	**0**	**901**
Résultat	**20'833**	**0**	**20'833**

Cette activité enregistre un résultat positif de Fr 20'833.- compte tenu essentiellement de charges salariales inférieures à ce qui avait été envisagé (Fr 14'000.-).

Programme cantonal diabète

Résultat 2012	Réel	Budget	Ecart
Charges salariales	45'001	70'000	24'999
Autres charges	3'528	10'000	-6'472
Total charges	**48'529**	**80'000**	**-31'471**
Revenus	**51'000**	**80'000**	**-29'000**
Résultat exploitation	**2'471**	**0**	**2'471**
Résultat hors exploitation	**-20**	**0**	**-20**
Résultat	**2'451**	**0**	**2'451**

Cette activité enregistre un résultat positif de Fr 2'451.-. A noter que la forte différence entre les dépenses/revenus du budget et ceux réalisés correspond au fait que les dépenses réalisées ont été calquées sur le budget qui a finalement été accordé (et qui était largement inférieur au budget demandé).

Résultat global

Résultat 2012	Réel	Budget	Ecart B / R
Charges salariales	9'076'383	9'442'232	365'850
Autres charges	819'942	792'483	-27'459
Total charges	**9'896'325**	**10'234'715**	**338'391**
Revenus	**9'897'669**	**9'937'510**	**-39'841**
Résultat exploitation	**1'344**	**-297'205**	**298'550**
Résultat hors exploitation	**-1'868**	**0**	**-1'868**
Résultat	**-524**	**-297'205**	**296'682**

Au total, les forts excédents de charges (ARCOS) et de revenus (Soins palliatifs) se compensent et le réseau ARCOS enregistre un résultat négatif de Fr 524.-, en lieu et place d'une perte budgétaire envisagée de près de Fr 300'000.-.

3.5 Système d'information

La cellule système d'information (SI) de la CORES (coordination des réseaux) rattachée au réseau ARCOS et qui offre des prestations à l'ensemble des réseaux de soins, a poursuivi certains projets et en a initié de nouveaux en 2012.

3.5.1 Brioche-Web

En 2012, les évolutions de Brioche-web ont été poursuivies. Un des chantiers majeurs concerne la professionnalisation de l'hébergement par un transfert des bases de données Brioche-web de chaque BRIO vers le CHUV qui devient hébergeur technique de l'application. L'ensemble de la collaboration a ensuite été définie au cours de cette année avec la Direction des systèmes d'information du CHUV.

Deux autres projets techniques ont été menés. Il s'agit de la fusion des bases de données des deux BRIOs Riviera et Chablais, suite à la constitution de la Plateforme Santé Haut Léman (PSHL) et de la fusion de deux bases de données, Nord et Broye, au niveau du Réseau Nord Broye pour une meilleure intégration de ces 2 régions au sein du BRIO.

Par ailleurs, différentes évolutions de l'application ont permis de répondre aux besoins des utilisateurs (par exemple : l'ajout de différents services placeurs pour une demande d'orientation).

Dès fin 2012, un audit sécurité Brioche-web a été lancé afin d'apprécier si cette application, qui a évolué depuis presque 10 ans, répond toujours aux contraintes de sécurité actuelles. Les conclusions seront connues en 2013.

3.5.2 Icare

Les données de l'entrepôt de données des réseaux de soins nommé ICARE ont été fiabilisées. Les réseaux de soins sont désormais comparables entre eux sur de nombreux indicateurs relatifs aux BRIOs. Le service de la santé publique accède aux indicateurs en direct.

En raison de la richesse des données produites, une étude sur les trajectoires de patients a été lancée fin 2012. Elle a pour objectif principal de mettre en évidence les sollicitations du dispositif d'orientation par les patients 3 mois après une première orientation.

3.5.3 eHealth

L'année 2012 a été marquée par le passage d'un stade pilote au niveau des projets eHealth des réseaux à un déploiement à large échelle. Le projet Mercure (échange de documents médico-sociaux de transmission - DMST entre les BRIOs et les EMS) a été étendu à 90 EMS, en un temps éclair (3 mois) afin de répondre au plus vite à la demande des établissements. Le projet Venus (échange de DMST entre les hôpitaux et les BRIOs) a été étendu à plus de 30 services hospitaliers. Un échange électronique des DMST a également été mis en place entre le BRIO et les CMS du réseau d'ARCOS.

Le projet Mercure a été présenté au Swiss eHealth Summit en 2012 sous forme d'un poster intitulé « Projet Mercure : les clés d'un déploiement éclair » et a remporté le poster Award en raison notamment de l'efficacité du déploiement.

Par ailleurs, une étude d'impacts des projets eHealth a été réalisée et a mis en évidence les gains en termes d'efficience, de sécurité, de qualité concernant les données transmises pour le patient liées à la mise en œuvre des projets eHealth. Les conclusions seront communiquées en 2013 à plus large échelle.

3.5.4 Recueil des besoins des programmes de santé publique (PSPP) et réseaux de soins

En 2012, la cellule SI de la CORES a été sollicitée par le Service de la santé publique pour réaliser le recueil des besoins système d'information des programmes de santé publique du canton. Ce mandat a été réalisé de juin à août 2012. Il a permis, à fin 2012, d'envisager l'élargissement du périmètre du système d'information des réseaux de soins à d'autres programmes que celui du BRIO (soins palliatifs, diabète, vieillissement et santé, psychiatrie) dans lesquels les réseaux de soins sont fortement impliqués et d'amorcer les réflexions concernant le schéma directeur du système d'information des réseaux de soins vaudois.

3.5.5 Participation à différents projets système d'information

La cellule SI de la CORES a participé en 2012 aux projets développement de la mission informative du BRIO, guichet intégré, projet de retour à domicile avec la PSHL qui nécessitent tous un développement du système d'information. Elle a également participé de manière active au projet de créer un site web commun des réseaux.

3.6 Qualité

3.6.1 Extension de la démarche qualité du réseau à l'Hôpital psychiatrique de l'âge avancé

Il y a plus de 10 ans, le réseau ARCOS a mis en place une démarche qualité pour permettre le transfert des patients entre ses membres dans de bonnes conditions. Cette démarche repose sur l'établissement d'un protocole de collaboration définissant les conditions d'entrée et de sortie des patients, sur l'émission d'avis de non-conformité en cas de non-respect de ces conditions par l'un des membres et sur la régulation du dispositif par des instances techniques (Groupe Equer) et politiques (Commission de suivi des protocoles).

Ce dispositif concernait initialement les soins aigus du CHUV et les centres médico-sociaux. Il a été successivement élargi aux CTR, aux EMS et, en 2012, dans le cadre du projet « transferts », à l'Hôpital psychiatrique de l'âge avancé (HPAA).

Le protocole prend dorénavant également en compte les problématiques rencontrées dans le domaine de la psychiatrie de l'âge avancé. L'HPAA est désormais représenté dans la Commission de suivi des protocoles et dans le Groupe Equer.

3.6.2 Simplification de la démarche qualité

En septembre 2012, la Commission de suivi des protocoles a donné mandat au Groupe Equer de lui proposer une nouvelle procédure d'annonce et de traitement des annonces de non-conformité (ANC) afin d'alléger quelque peu un système devenu chronophage et le rendre plus efficace dans le traitement des cas dits complexes et nécessitant plus d'engagement de la part des différents protagonistes. Cette demande a été traitée par le Groupe Equer en décembre 2012 et sera poursuivie dans le courant de l'année 2013 afin d'aboutir à une proposition concrète et applicable dès l'automne 2013.

3.7 Communication

Il devient de plus en plus important de communiquer au sein, mais aussi autour du réseau, de communiquer mieux en ciblant de manière pertinente les personnes concernées (membres, partenaires, patients). Les réflexions menées sur ces aspects devraient porter leurs fruits dans le courant de l'année 2013 avec, en particulier, la création d'un site web commun aux réseaux de soins.

3.7.1 Lettres d'information

Durant l'année écoulée, une lettre d'information a été proposée aux partenaires, aux membres et aux collaborateurs du réseau, afin de communiquer sur quelques points forts tels que le bilan du Forum ARCOS, l'évolution de la liaison hospitalière en lien avec la réorganisation de la chirurgie cardiaque ou encore une information sur les stages interinstitutionnels d'ARCOS.

3.7.2 Forum ARCOS 2012

Le 21 juin 2012 a eu lieu le Forum ARCOS « Les seniors changent…et nous ? Le réseau de soins au service des seniors ». Cette manifestation, qui a réuni plus de 200 participants, a rencontré un franc succès.

La journée a permis la prise de recul face aux activités professionnelles quotidiennes, des réflexions sur l'évolution des seniors et les enjeux d'adaptation des institutions ainsi que des rencontres interpersonnelles et le partage de moments conviviaux.

L'intervention de la Compagnie Caméléon ainsi que la qualité des trois interventions en plénière et des huit ateliers interactifs expliquent en partie le succès de la manifestation. Ce succès s'explique également par l'intervention indirecte de 12 seniors, via la projection d'extraits d'enregistrements audiovisuels réalisés pour l'occasion.

Les interventions en plénière, les trois séquences « Les seniors ont la parole » projetées pendant la manifestation, les présentations PowerPoint des intervenants ainsi que les synthèses des ateliers sont dorénavant disponibles sur le site Internet ARCOS.

Le coffret « Les seniors ont la parole. Qui sont-ils ? Que veulent-ils ? » réalisé afin de nourrir la réflexion et la pratique des acteurs de la santé travaillant avec et pour les seniors est mis en vente auprès des membres et partenaires du réseau. Ce coffret de 4 DVD est un riche outil destiné à la formation des acteurs et futurs acteurs de la santé et aux réflexions au sein des institutions médico-sociales.

Le Forum 2012 achevé, les réflexions ont été lancées pour la réalisation de la prochaine édition planifiée en 2014 ou 2015.

3.7.3 Rencontre romande de Curaviva

Le 20 septembre, dans le cadre d'une rencontre organisée par Curaviva, faîtière suisse des EMS, sur le thème de la coordination gérontologique et les EMS, le réseau ARCOS a participé à une table ronde portant sur la mise en place, le bilan, le financement et les perspectives d'avenir des réseaux vaudois.

3.7.4 Site web commun des réseaux

Les réseaux de soins vaudois ont, jusqu'ici, développé chacun leur site web, principalement à destination de leurs membres et des professionnels de la santé, de qualité inégale et sans recherche d'harmonisation de leur message.

Ils ont décidé de créer un site web commun afin d'améliorer leur visibilité, en particulier auprès du grand public. Ce site offrira un portail commun ainsi que des sites spécifiques à chaque réseau, gérés de manière autonome mais structurés de manière similaire afin d'en faciliter l'accès. Les BRIOs seront particulièrement mis en avant à cette occasion et devront être facilement identifiables et atteignables pour les patients et leurs proches qui devront pouvoir accéder aux informations souhaitées. Cette mutualisation doit permettre également de professionnaliser les outils à moindre coût.

Ce projet est mené de manière coordonnée avec la cellule de communication du Service de la santé publique afin d'assurer la collaboration nécessaire avec les programmes cantonaux.

Le site devrait être accessible dès l'automne 2013 dans une première version pour se déployer progressivement.

3.8 Infrastructures

3.8.1 Extension et aménagement des locaux

Le développement de l'activité du BRIO et des filières et l'augmentation du nombre de collaborateurs ont conduit à étendre et à réaménager les locaux du réseau au Bugnon 4 à Lausanne : un local de 85 m^2 a été repris au rez-de-chaussée et des travaux d'aménagement ont été effectués 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.

4 RELATIONS AVEC LES SERVICES DE L'ETAT

4.1 Bilan et perspective des réseaux

Le réseau a participé à une enquête lancée par le Service de la santé publique pour établir un bilan de la politique menée par le canton dans le domaine des Réseaux de soins et définir les perspectives de développement. Cette participation a permis de mener une première réflexion sur les apports et les limites du réseau et sur les évolutions à envisager dans les années à venir et que nous serons amenés à poursuivre en 2013 afin de définir notre stratégie à 5 ans.

4.2 Indicateurs d'évaluation des résultats

Un travail a été mené, conjointement avec les chefs de projet du réseau, les responsables des autres réseaux et avec ceux des différents programmes du Service de la santé publique, pour définir des indicateurs pertinents permettant d'évaluer les résultats annuels de l'activité déployée par les réseaux dans le cadre de chaque programme : dispositif permanent des réseaux, BRIO, soins palliatifs, hygiène, prévention et contrôle des infections (HPCI), gériatrie, diabète. Ces indicateurs sont intégrés dans les avenants conventionnels annuels qui lient le réseau avec les services de l'Etat.

4.3 Découpage géographique des réseaux

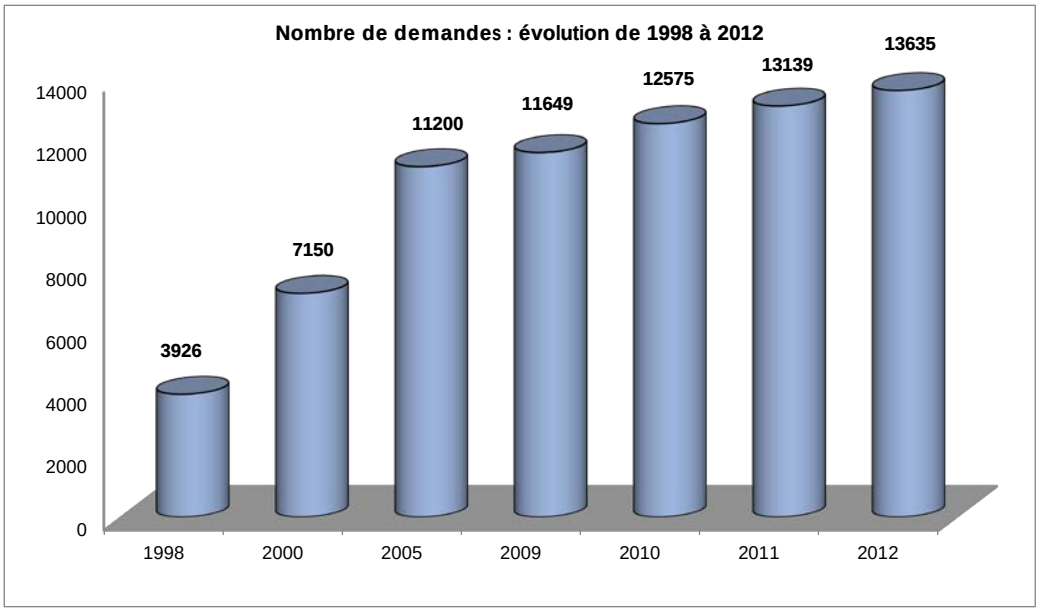
Depuis 2008, le découpage des réseaux correspond à celui des nouveaux districts, en ce qui concerne notre réseau, les districts de Lausanne, de L'Ouest lausannois, de Lavaux-Oron et du Gros-de-Vaud. Plusieurs dérogations avaient cependant été admises jusqu'à la fin juin 2012 pour des régions des districts du Gros-de-Vaud et de Lavaux limitrophes avec le Jura-Nord vaudois ou avec la Broye Vully . Le réseau a participé à un groupe de travail chargé de préaviser sur ces dérogations auprès du Chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS). La fin de ces dérogations auraient posé aux Association de soins à domicile concernées des problèmes de gestion liés à une modification de leur périmètre géographique (taille critique, allongement des temps de déplacement). Ces problèmes pourront peut-être être levés avec la réorganisation en cours des CMS dans le cadre du projet IRIS (Intégration du RAI et informatisation des soins). Il a donc été proposé de prolonger ces dérogations jusqu'en 2017.

5 ACTIVITÉ DU BRIO

5.1 Statistiques

5.1.1 Activité du BRIO dans son ensemble

Nombre de demandes : évolution de 1998 à 2012



Commentaires :

Pour la 3ème année consécutive, le BRIO enregistre une augmentation conséquente de son activité :

496 demandes d'orientation supplémentaires ont été enregistrées en 2012 par rapport à 2011, soit une augmentation de 3.8%.

Par rapport à 2009, cela représente 1'986 demandes supplémentaires, soit une augmentation de 17%. 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 que celle du nombre de transferts au cours d'un même épisode.

Nombre de demandes par années et par demandeurs

	2010	**2011**	**2012**	**Variation 10-11**
Cité hospitalière	8904	9174	9691	+5.6%
	70.8%	*69.8%*	*71.1%*	
SUPAA	124	126	122	-3.2%
	1%	*1%*	*0.9%*	
Structures provisoires	234	285	242	-15.1%
	1.8%	*2.2%*	*1.8%*	
CTR ARCOS	1456	1520	1583	+4.1%
	11.6%	*11.6%*	*11.6%*	
CMS ARCOS	1016	1142	1160	+1.6%
	8.1%	*8.7%*	*8.5%*	
Autres BRIO	298	405	452	+11.6%
	2.4%	*3.1%*	*3.3%*	
Autres	543	487	385	-20.9%
	4.3%	*3.7%*	*2.8%*	
Total	**12'575**	**13'139**	**13'635**	**+3.8%**
	100%	*100%*	*100%*	

Commentaires :

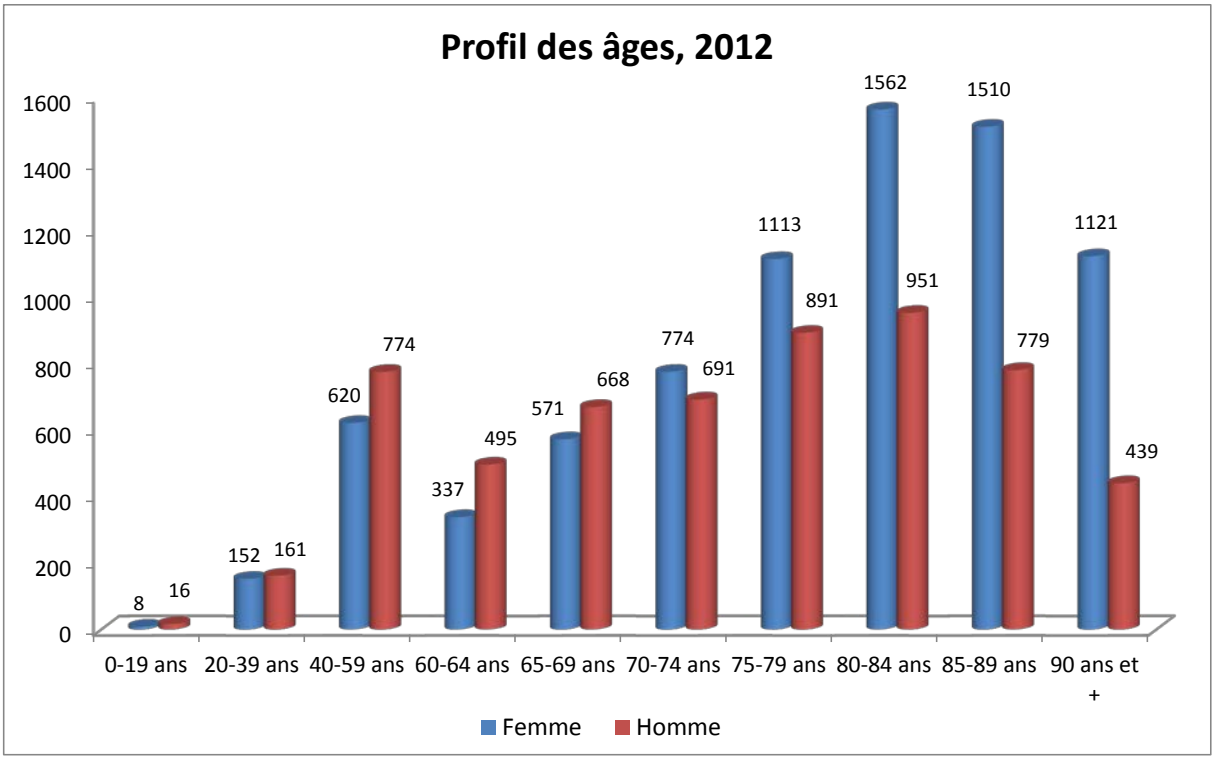
Ces 496 demandes supplémentaires proviennent principalement :

- de la Cité hospitalière du CHUV (+517, soit +5.6%),
  - o en provenance des départements de médecine (+405, soit +14.9%) et de chirurgie (+ 282, soit +13.6%)
- des CTR d'ARCOS (+63, soit +4.1%),
  - o en provenance du CUTR Sylvana (+68, soit + 8.1%)

L'augmentation des demandes en provenance des autres BRIOs provient pour l'essentiel d'un changement méthodologique introduit au 1er avril 2012. Depuis cette date, le BRIO de référence est celui où se trouve l'usager au moment de sa demande et non plus celui de son domicile. En conséquence, les demandes des usagers lausannois hospitalisés dans un hôpital ou dans un CTR situé dans un autre BRIO sont désormais enregistrées dans la catégorie « autres BRIOs » et non plus dans la catégorie « autres ».

On notera une diminution des demandes en provenance des structures provisoires (-43, soit -15.1%) qui s'explique par des séjours plus longs et moins nombreux dans ces structures.

Profil des âges



Années➔ ➔Ages	2010	2011	2012
- de 65 ans	19.4 %	19.4 %	18.8%
65 – 80 ans	33.4 %	32.6 %	37.7%
+de 80 ans	47.1 %	48.0 %	43.5%

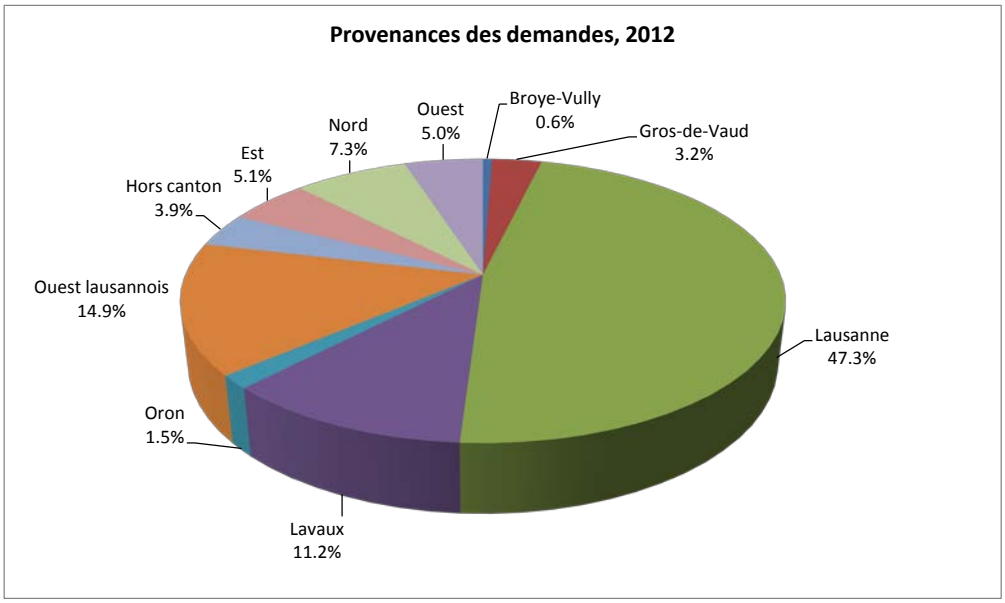
		Tous	Femmes	Hommes
2012	Age moyen	75.4 ans	77.4 ans	72.7 ans
	Age médian	78 ans	81 ans	75 ans
2011	Age moyen	75.2 ans	77.1 ans	72.7 ans
	Age médian	79 ans	81 ans	75 ans
2010	Age moyen	75.2 ans	76.8 ans	72.9 ans
	Age médian	79 ans	80 ans	76 ans

Commentaires :

Si la part relative des usagers âgés de moins de 65 ans continue de diminuer, on enregistre pour la première fois une diminution étonnante de la part relative des usagers de plus de 80 ans, plus particulièrement de la tranche des 85-89 ans.

Au total, si l'âge moyen augmente légèrement (+0.2 ans), l'âge médian diminue (- 1 an).

Provenance des demandes par zone géographique

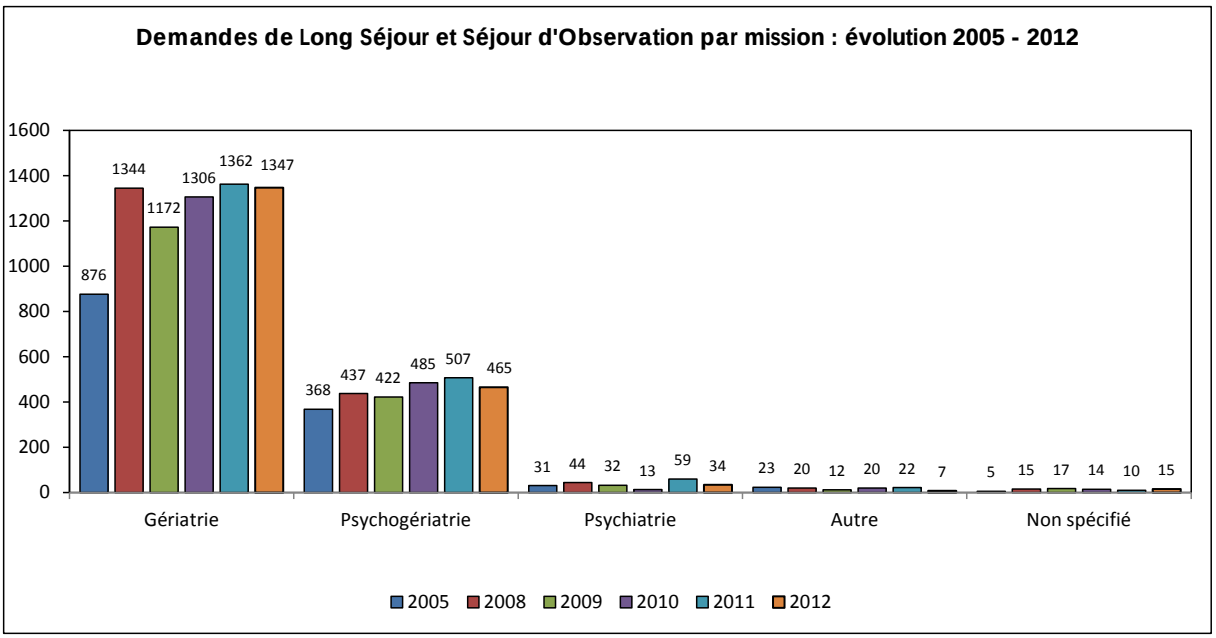


Commentaires :

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**	**2010**	**2011**	**2012**
Gériatrie	74%	67%	71%	69%	72%
Psychogériatrie	24%	28%	26%	26%	25%
Psychiatrie	2%	2%	1%	3%	2%
Autres	0%	2%	1%	1%	0.4%
Non spécifié	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, une sur quatre les établissements psycho-gériatriques. Ces proportions sont stables.

Nombre de demandes par usager

Nombre de demandes	Nombre d'usagers	%
1	5397	63.8%
2	1888	22.3%
3	666	7.9%
4	268	3.2%
5	136	1.6%
6	50	0.6%
7	31	0.4%
8 et +	24	0.3%

Nombre de demandes et nombre d'usagers : évolution 2007 à 2012

Années ➔ 🡻Demandes et usagers	2007	2010	2011	2012
Demandes	10'798	12'575	13'139	13'635
Usagers	7'267	8'059	8'236	8'460
Demandes/Usagers	1.49	1.56	1.59	1.61

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 (+3.8%) que celle du nombre d'usagers (+2.7%) s'explique notamment par l'augmentation des usagers faisant l'objet de 5 demandes ou plus (241, soit 2.9% contre 205, soit 2.4% en 2011) qui traduit une augmentation des situations complexes.

Orientations réalisées

Demandes orientées vers... **Service placeur**	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	5201	2511	364	345	63	837	286	38	5	16	3	6	16	9691
%	*79.47*	*99.25*	*26.09*	*34.09*	*41.72*	*77.43*	*77.09*	*8.12*	*55.56*	*55.17*	*60*	*33.33*	*76.19*	*71.07*
SUPAA	1	0	111	3	0	2	2	1	0	0	0	1	1	122
%	*0.02*		*7.96*	*0.3*		*0.19*	*0.54*	*0.21*				*5.56*	*4.76*	*0.89*
CTR ARCOS	1221	13	149	19	3	128	36	8	3		1		2	1583
%	*18.66*	*0.51*	*10.6*	*1.88*	*1.99*	*11.84*	*9.70*	*1.71*	*33.33*	*0.00*	*20.00*	*0.00*	*9.52*	*11.61*
Struct prov	4		196			16	23	3						242
%	*0.06*	*0.00*	*14.05*	*0.00*	*0.00*	*1.48*	*6.20*	*0.64*	*0.00*	*0.00*	*0.00*	*0.00*	*0.00*	*1.77*
CMS	104	2	201	543	4	82	4	205		9	1	4	1	1160
%	*1.59*	*0.08*	*14.41*	*53.66*	*2.65*	*7.59*	*1.08*	*43.80*	*0.00*	*31.03*	*20.00*	*22.22*	*4.76*	*8.51*
Autres BRIO	4		215	77	1	8	9	131		1		5	1	452
%	*0.06*	*0.00*	*15.41*	*50.99*	*0.10*	*0.74*	*2.43*	*27.99*	*0.00*	*3.45*	*0.00*	*27.78*	*4.76*	*3.31*
Autres	10	4	159	101	4	8	11	82	1	3		2		385
%	*0.15*	*0.16*	*11.40*	*9.98*	*2.65*	*0.74*	*2.96*	*17.52*	*11.11*	*10.34*	*0.00*	*11.11*	*0.00*	*2.82*
TOTAL	6545	2530	1395	1088	75	1081	371	468	9	29	5	18	21	13635
%	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*

Comparaison avec 2011 :

Demandes orientées vers... / Service placeur	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**
2012	6545	2530	1395	1088	75	1081	371	468	9	29	5	18	21	13635
%	*48.00*	*18.56*	*10.23*	*7.98*	*0.55*	*7.93*	*2.72*	*3.43*	*0.07*	*0.21*	*0.04*	*0.13*	*0.15*	*100*
2011	6157	2357	1391	1205	74	1009	348	488	7	21	9	71	2	13139
%	*46.86*	*17.94*	*10.59*	*9.17*	*0.56*	*7.68*	*2.65*	*3.71*	*0.05*	*0.16*	*0.07*	*0.54*	*0.02*	*100*
Var 11-12	388	173	4	-117	1	72	23	-20	2	8	-4	-53	19	496
%	*+6.3*	*+7.3*	*+0.3*	*-9.7*	*+1.4*	*+7.1*	*+6.6*	*-4.1*	*+28.6*	*+38.1*	*-44.4*	*-74.7*	*+950*	*+3.8*

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 le domicile (+388 soit +6.3%), vers les CTR (+173, soit +7.3%) et vers l'hôpital de soins aigus (+72, soit +7.1%) augmentent de manière importante. Les 104 retours à domicile en provenance des CMS ne constituent pas une erreur de comptage. Ils correspondent aux patients qui retournent à domicile avec ou sans l'aide du CMS après avoir reçu, dans le cadre du projet REAGER-READOM, des prestations de réadaptation à domicile par une équipe mobile spécialisée.

L'augmentation des hospitalisations en soins aigus provient principalement des transferts internes au CHUV (+59) et secondairement des réhospitalisations depuis les CTR (+31). Elle s'explique par l'engorgement croissant du CHUV qui a, comme conséquence, le transfert de patients de médecine dans des lits « satellites » d'autres départements et le transfert en CTR de patients encore trop instables.

A l'inverse, les placements pour un court séjour dans un EMS conventionné diminuent de manière sensible (-116, soit -9%), tant depuis le CHUV que depuis le domicile ou les autres BRIOs.

5.1.2 Activité concernant les longs séjours EMS

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

Longs séjours, séjours d'observation et séjours d'attente :	**2002**	**2005**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**Variation 10-11**
Nombre de demandes d'hébergement reçues	1'202	1'303	1655	1839	1960	1868	-4.7%
Nombre d'hébergements réalisés	829	898	1260	1335	1291	1419	+9.9%
Nombre de lits annoncés par le réseau	739	728	1092	1225	1159	1285	+10.9%
Nombre de lits attribués dans le réseau	664	660	1045	1187	1121	1215	+8.4%
Nombre de lits attribués hors du réseau	165	238	215	146	170	204	+20%

Commentaires :

Contrairement à l'évolution constatée en 2011, on a enregistré en 2012 une diminution des demandes d'hébergement (- 92, soit -4.7%) et une augmentation des lits annoncés (+128, soit +9.9%) et des hébergements réalisés (+126, soit +10.9%). Ce constat semble s'expliquer principalement par la fluctuation du rythme des décès, ralenti en 2011 par les bonnes conditions climatiques (avec en conséquence des demandes d'hébergement plus nombreuses et des disponibilités en lits limitées) et reportés en 2012 (avec les conséquences inverses). On soulignera également l'ouverture en 2012 de 56 lits supplémentaires par les EMS La Girarde à Epalinges et Les Pins à Lausanne.

Par ailleurs, on enregistre une évolution différente de celle constatée les autres années en ce qui concerne les lits attribués hors du réseau. Habituellement, par un mécanisme compensatoire, leur nombre diminuait quand, comme en 2010, les placements au sein du réseau augmentaient ou au contraire augmentait quand, comme en 2011, les placements au sein du réseau diminuaient. En 2012, tous les placements augmentent, au sein du réseau (+94, soit + 8.4%) et plus encore en dehors (+34, soit +20%). A noter que le tiers des 204 placements hors du réseau concerne des usagers hospitalisés au sein du

réseau ARCOS et domiciliés hors de notre réseau. Les deux autres tiers concernent des usagers domiciliés dans le réseau qui choisissent un hébergement à l'extérieur du réseau, en raison d'un rapprochement familial ou par convenance personnelle.

Délai entre la demande et l'hébergement

	2002	2005	2009	2010	2011	2012
Délai moyen	49,3 jours	38,5 jours	46,7 jours	42,2 jours	37,7 jours	50,6 jours
Délai médian	28 jours	22 jours	24 jours	20 jours	21 jours	29 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.	0 à 14 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.	15 à 29 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.	30 à 59 j.
25% dans un délai de …	+ de 60 j.	+ de 44 j.	+ de 54 j.	+ de 46 j.	+ de 45 j.	+ de 59 j.

	2011	2012
Nb de demandes pour au plus 2 EMS	318	416
Pourcentage du total	16.2%	22.3 %

Commentaires :

Alors qu'on aurait pu attendre de l'augmentation du nombre de placements une diminution du délai d'attente, on constate au contraire une augmentation de plus d'un tiers tant du délai moyen (+12.9 jours) que du délai médian (+8 jours).

Ce paradoxe s'explique par un choix des usagers de plus en plus ciblé sur un ou deux EMS alors qu'il leur est demandé de choisir au moins 3 EMS pour éviter une attente trop longue. Les demandes pour au plus 2 EMS sont ainsi passées de 16.2% du total en 2011 à 22.3% en 2012. On constate en effet, dans la pratique, un intérêt plus marqué, que l'on peut bien comprendre, pour les EMS construits récemment qui proposent à leurs résidents des conditions de vie plus agréables, en particulier des chambres à 1 lit sans supplément financier. Ce phénomène qui a comme conséquence un allongement des délais et une augmentation de la charge de travail du BRIO, devrait perdurer ces prochaines années de modernisation des EMS. Une réflexion devra être menée pour limiter ses effets.

Délai entre la demande et l'hébergement par service placeur

		Cité hosp.	SUPAA	CTR ARCOS	Struct ptov.	EMS	Autres BRIOs	Autres
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.
2012	Délai moyen	32.7 j.	41.4 j.	51.5 j.	70.3 j.	62.7 j.	53.6 j.	53.9 j.
	Délai médian	22 j.	22 j.	43 j.	46 j.	28 j.	30 j.	21 j.
	25% dans un délai de…	0 à 13 j.	0 à 11 j.	0 à 29 j.	0 à 20 j.	0 à 10 j.	0 à 18 j.	0 à 10 j.
	25% dans un délai de…	14 à 22 j.	12 à 22 j.	30 à 43 j.	21 à 46 j.	11 à 28 j.	19 à 30 j.	11 à 21 j.
	25% dans un délai de…	23 à 40 j.	23 à 46 j.	44 à 61 j.	47 à 94 j.	29 à 76 j.	31 à 63 j.	22 à 63 j.
	25% dans un délai de…	+ de 40 j.	+ de 46 j.	+ de 61 j.	+ de 94 j.	+ de 76 j.	+ de 63 j.	+ de 63 j.
Variation 11-12	**Délai moyen**	**+ 7.1 j.**	**-4.7 j.**	**+14.7 j.**	**+ 16.7 j.**	**+17.5 j.**	**+ 6 j.**	**+ 20.1 j.**
	Délai médian	**+ 6 j.**	**- 5 j.**	**+ 14 j.**	**+ 11 j.**	**+ 3 j.**	**- 4 j.**	**+ 2 j.**

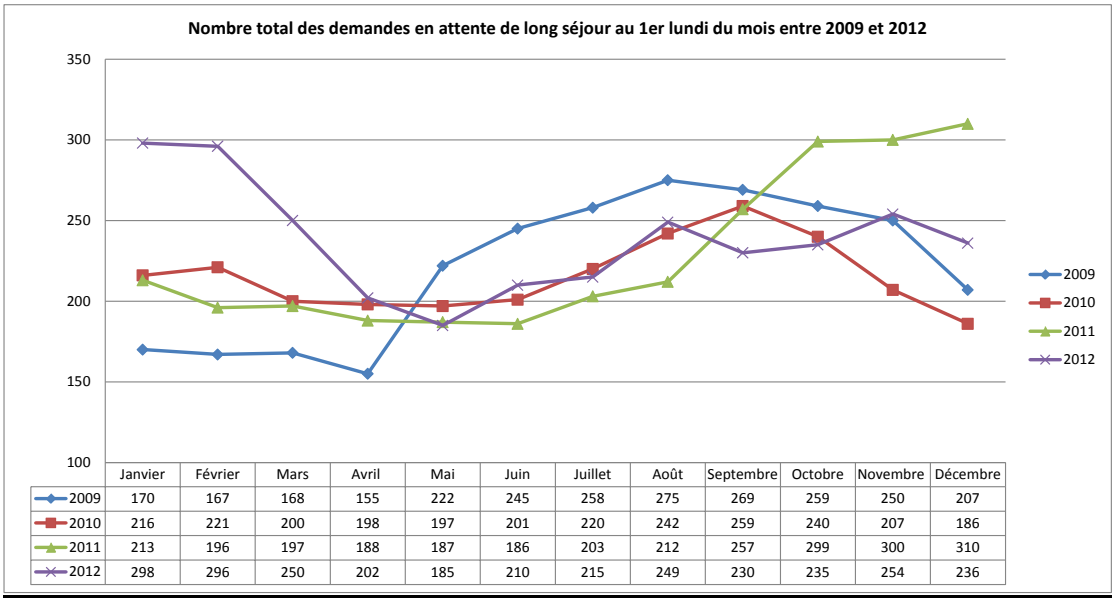
Commentaires :

Cet allongement des délais est constaté partout, sauf à l'Hôpital psychiatrique de l'âge avancé, la question du choix de l'EMS étant moins prégnante pour ces patients.

Demandes en attente d'hébergement de long séjour au 31 décembre

Nb demandes en attente au	31 déc 03	31 déc 05	31 déc 09	31 déc 10	31 déc 11	31 déc 12
	210	247	239	206	300	240

Evolution des demandes en attentes d'hébergement de long séjour, au premier lundi du mois entre 2009 et 2012.



	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
2009	170	167	168	155	222	245	258	275	269	259	250	207
2010	216	221	200	198	197	201	220	242	259	240	207	186
2011	213	196	197	188	187	186	203	212	257	299	300	310
2012	298	296	250	202	185	210	215	249	230	235	254	236

Commentaires :

Conséquence logique de la diminution des demandes d'hébergement et de l'augmentation du nombre de lits disponibles, le nombre de demandes en attente est passé de 300 au 31 décembre 2011 à 240 un an plus tard. Il a fortement diminué entre les mois de février et de mai, en lien avec l'ouverture de nouveaux lits et une vague de décès importante, est remonté jusqu'en août pour se stabiliser ensuite.

Données concernant le Pacific	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***
Nombre d'hébergements réalisés	45	22	11	10
Nombre de journées réalisées	8'030	13'241	14'301	13'730
Nombre de journées possibles	13'118	14'600	14'600	14'640
Taux d'occupation des lits	61.21%	90.7%	97.9%	93.8%

Commentaires :

En 2012, 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. L'accord passé avec cet établissement garde donc toute son utilité.

Données concernant les structures provisoires		GEHC Sylvana	SPAH Paix du Soir	SPAH La Pensée	Toutes les structures provisoires
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**
2012	Nb de placements vers…	/	141	96	**237**
	Nb de placements depuis…	/	119	76	**195**
Var. 11-12	***Nb de placements vers…***	**/**	**-4.08%**	**+24.68%**	**-8.49%**
	Nb de placements depuis…	**/**	**-7.75%**	**+43.40%**	**-11.76%**

Commentaires :

Le nombre de placements vers et depuis les structures provisoires a diminué respectivement de 8.49% et de 11.76%, en relation avec la fermeture du GEHC à Sylvana à l'automne 2011, transformée depuis en une unité de lits de réadaptation, et avec l'augmentation des délais d'attente pour trouver un hébergement et ce malgré un taux d'occupation de plus de 92%.

5.1.3 Activité concernant les courts séjours en EMS

Courts séjours organisés par le BRIO dans les EMS conventionnés

Détail de l'activité Court Séjour :	**2006**	**2010**	**2011**	**2012**
Nombre de séjours	814	1'045	1'209	1'089
Nombre de lits	57	72	83	80
Nombre de journées réalisées	17'350	21'716	24'722	22'611
Taux d'occupation moyen des lits	83.46%	82.9%	81.20%	73.15%
Durée moyenne des séjours (achevés pendant l'année)	21.35 j.	20.81 j.	20.58 j.	20.81 j.
Age moyen des usagers (au moment de l'entrée)	82,4 ans	82.9 ans	83.5 ans	83.2 ans
Proportion des entrées femmes / hommes	73,7%/26,3%	70%/30%	73%/27%	69%/31%
Provenance des usagers lors de l'entrée en Court Séjour :				
- domicile	51,0%	52.4%	58.8%	57.2%
- hôpital	46,4%	42.3%	38.0%	39.2%
- centre de traitement et réadaptation	2,1%	4.3%	2.3%	2.8%
- autre	0.5%	1%	0.9%	0.8%

Commentaires :

On relève une diminution importante de l'activité de court séjour dans les EMS conventionnés avec le BRIO, que ce soit le nombre de séjours (-120, soit -9.9%), le nombre de journées (-2'111, soit -8.5%) ou le taux d'occupation des lits (-8%), diminution qui touche les usagers en provenance du domicile et de l'hôpital. Cette activité est de plus en plus fluctuante en cours d'année. Le faible taux d'occupation pose aux établissements des problèmes de financement, malgré l'utilisation d'une partie des lits disponibles pour héberger des résidents en attente d'un placement en long séjour.

5.2 Lutte contre l'engorgement

Dans le réseau ARCOS, la pénurie de lits de réadaptation et d'hébergement en long séjour contribue à l'engorgement des lits de soins aigus du CHUV, eux-mêmes en nombre insuffisant pour répondre aux besoins d'une population vieillissante.

5.2.1 Ouverture de lits de long séjour

En 2012, nous l'avons vu, 56 lits supplémentaires ont été ouverts dans notre réseau : 35 à l'EMS La Girarde à Epalinges et 21 à l'EMS les Pins à Lausanne. Ces ouvertures ont permis de répondre aux nouveaux besoins estimés à 50 lits par an.

Par ailleurs, au sein de la Commission cantonale infrastructure hébergement (CIH), le réseau a participé à l'évaluation des projets d'ouverture et de modernisation déposés par plusieurs EMS de la région Centre dans le cadre du Programme d'investissement et de modernisation des EMS (PIMEMS) pour la législature 2013-2017. 490 lits supplémentaires ont ainsi été proposés par les EMS du réseau pour des besoins évalués à 330. La décision du Conseil d'Etat interviendra en 2013.

5.2.2 Besoins en lits de réadaptation et de soins palliatifs

En 2011, les besoins de lits de réadaptation de la région lausannoise ont été estimés à environ 90 et les besoins supplémentaires annuels à 4. 10 lits ont pu être ouverts au CUTR Sylvana à la fin 2011 suite à la fermeture du GEHC unité de préparation et d'attente pour un hébergement. Un nouveau projet architectural devrait permettre d'ouvrir 60 lits supplémentaires d'ici la fin de la décennie. D'ici là, il faut trouver des solutions pour réduire l'occupation inappropriée de lits de soins aigus ou de courts séjours en EMS.

5.2.2.1 Projet REAGER READOM

L'une d'entre elles est la mise en place depuis le mois de février 2012 d'une filière coordonnée de réadaptation hospitalière (REAGER) et à domicile (READOM). La création de deux équipes mobiles spécialisées, hospitalière et extrahospitalière, par le service de Gériatrie du CHUV, par l'APROMAD et le BRIO, permet de prendre en charge dans les services de médecine, de traumatologie et d'orthopédie et depuis les urgences du CHUV, une dizaine de patients âgés et nécessitant une réadaptation légère ou modérée et, après une dizaine de jours, de poursuivre cette prise en charge à domicile pour environ 15 patients. Le projet évite ainsi une rupture dans la chaîne de soins (patients en attente de réadaptation, ou n'en bénéficiant pas), permet d'accélérer le retour à domicile de ces patients et de réduire le délai d'attente des autres patients ayant besoin d'une réadaptation plus conséquente. Il permet également de renforcer la collaboration entre l'hôpital et les soins à domicile, d'améliorer la transmission des données médicales et médico-sociales et préfigure la mise en place d'autres équipes mobiles à domicile, voire en EMS. Il a permis de mieux prendre conscience de l'impact déstabilisant d'un retour à domicile sur l'état de santé des patients à la sortie d'un séjour de réadaptation et de la nécessité de veiller aux mesures de transition.

5.2.2.2 Collaboration avec des Centres de traitement et de réadaptation d'autres BRIOs

Des accords ont été passés avec l'Ensemble hospitalier de la Côte et avec l'Hôpital Riviera pour offrir aux patients du CHUV des prestations de réadaptation, respectivement au CTR d'Aubonne et à l'Hôpital de la Providence. Désormais, les infirmières de liaison du CHUV proposent aux patients nécessitant une réadaptation, un séjour au CUTR Sylvana, à l'Hôpital de Lavaux, au CTR d'Aubonne ou à l'Hôpital de la Providence, en prenant en compte, à chaque fois que cela est possible, leur lieu de domicile.

5.2.2.3 Orientation vers les CTR soins palliatifs

Les demandes de séjour en soins palliatifs dans une unité spécialisée ou dans un CTR généraliste augmentent après un séjour au CHUV et sont en augmentation, tandis que la durée de séjour dans ces établissements augmente elle aussi en relation avec la complexité des situations ou leur problématique psycho-sociale. En conséquence, le délai d'attente au CHUV pour un transfert dans un de ces établissements augmente également. Il était en 2011 deux fois plus long (une vingtaine de jours) que pour un séjour de réadaptation générale (une dizaine de jours). Ces délais retardent ou interdisent la possibilité d'offrir à ces patients une prestation adaptée.

Dans ce contexte, il a été décidé avec le service de soins palliatifs du CHUV, l'Hôpital de Lavaux et le Service de la santé publique de mener une étude pendant 3 mois pour évaluer l'adéquation de l'orientation de ces patients. Elle a permis de confirmer la justesse de ces orientations dans plus de 90% des cas et de relever l'importance des questions organisationnelles pour pouvoir envisager un retour à domicile. Elle ouvre la voie à la création d'une équipe mobile pour offrir à ces patients des soins palliatifs spécialisés avant leur transfert et à la mise en place de mesures organisationnelles pour faciliter les retours à domicile.

5.3 Avenir de l'activité de court séjour

On l'a vu plus haut, l'activité de court séjour dans les EMS conventionnés avec le BRIO a tendance à diminuer et à fluctuer de plus en plus, année après année, que les usagers viennent de l'hôpital ou du domicile. Une rencontre avec les directions des EMS concernés et les représentants des services de l'Etat a permis de lancer plusieurs pistes d'explication :

- la complexification des situations à l'hôpital nécessitant une orientation vers un CTR ou vers la filière REAGER-READOM et des situations au domicile nécessitant une hospitalisation,
- l'impact des évaluations gériatriques à l'hôpital confirmant le besoin de prestations de réadaptation,
- le besoin accru d'attente de placement en EMS depuis le domicile,
- l'augmentation du tarif à charge des résidents,
- l'insuffisance des prestations offertes par les EMS dans le cadre de leur mission et de leur dotation actuelles, face à la complexité croissante des situations qui leur sont adressées tant depuis l'hôpital que depuis le domicile.

Un plan d'action a été élaboré pour améliorer cette situation en 2013 :

- Réduction des capacités en lits
- Promotion de l'activité de court séjour auprès des médecins, des CMS et de la liaison hospitalière.
- Participation à une réflexion cantonale pour adapter la mission de court séjour

5.4 Directive BRIO II du 8 décembre 2009

5.4.1 Mission informative du BRIO (CORES)

Les représentants du réseau ont contribué de manière importante aux réflexions conduites depuis 2011 dans le cadre d'un groupe de travail cantonal pour la mise en place d'une Centrale d'Information Médico-Sociale (CIMS) des BRIOs. Elles ont permis de recadrer le projet et de l'orienter vers le développement d'une mission informative qui devrait:

- Couvrir les domaines de la gériatrie, de la psychiatrie de l'âge avancé et, dans la perspective de la constitution d'une filière cantonale, de la psychiatrie adulte,
- S'inscrire en complément à l'action de l'Etat de Vaud qui exerce le rôle de centrale d'information médico-sociale,
- S'exercer autour des trois fonctions suivantes :
  - mise en réseau des fournisseurs d'information médico-sociale pour mieux répondre aux besoins et demandes (guichet intégré),
  - accompagnement auprès des usagers, de leurs familles et des professionnels dans la recherche de cette information,
  - mise en place d'un site commun des BRIOs permettant de présenter leur activité propre et d'orienter sur l'information médico-sociale des partenaires.

Ces nouvelles orientations ont été formalisées dans un rapport intermédiaire adopté par le Comité de pilotage cantonal du programme BRIO.

En parallèle, le rapport du programme « Vieillissement et Santé », rendu public en janvier 2012, a mis en évidence le besoin d'une amélioration rapide de la continuité et de la coordination des soins pour la population âgée. Parmi les mesures de ce programme figure celle de l'implantation d'un « Guichet intégré » dans chaque région qui recoupe la première fonction des BRIOs mentionnée plus haut. Ces guichets permettront un accès de proximité à l'information et l'orientation de la population vers les ressources adaptées. Leur objectif prioritaire : répondre efficacement aux demandes d'information et de prestations en lien avec la personne âgée.

La mise en œuvre progressive de ces guichets (2013-2014) complète et élargit en même temps la mission d'information médico-sociale des BRIOs dans chaque réseau. Un groupe de travail ad hoc a été créé dans cette perspective.

De son côté, le groupe de travail « Mission informative du BRIO » a poursuivi ses réflexions sur les deux autres fonctions identifiées et travaillé tout particulièrement la mise en œuvre d'un dispositif d'information médico-sociale et des modalités de diffusion adaptées aux besoins du public. Intégrer, développer et professionnaliser cette mission informative des BRIOs sont les enjeux majeurs des travaux engagés.

5.4.2 Mission informative du BRIO (ARCOS)

L'évolution du projet mission informative des BRIOs (CORES) a incité notre BRIO à des développements significatifs dans le domaine de cette fonction.

La reprise de nouveaux locaux au rez-de-chaussée du Bugnon 4 à Lausanne et l'aménagement récent de sa vitrine ont permis de donner aux passants et aux automobilistes qui fréquentent cette artère une plus grande visibilité sur le BRIO et sur son rôle d'information médico-sociale.

L'accueil des visiteurs sera renforcé courant 2013 afin de mettre à disposition les informations médico-sociales pertinentes et adaptées aux besoins identifiés des patients et de leurs proches.

5.5 Autres projets

5.5.1 Liaison hospitalière et itinéraires cliniques

Plusieurs services du CHUV mettent en place des itinéraires cliniques afin d'améliorer l'efficience et la qualité de leur prise en charge. C'est le cas du Service de chirurgie cardiaque et vasculaire (CCV) depuis mars 2012. Ce projet modifie sensiblement la pratique de l'infirmière de liaison (IDL) qui intervient désormais plus précocement dans ce service.

Auparavant, J étant le jour de l'opération, l'infirmière de liaison rencontrait le patient à J3/J4 et elle proposait une orientation à J7/J8 avec une finalisation et une sortie à J10. Aujourd'hui, l'IDL voit tous les patients électifs et non électifs à J-1, à J2 et à J5 selon les critères suivants : interventions avec thoracotomie et chirurgie à cœur ouvert. Son rôle est devenu central dans le processus d'hospitalisation.

L'évaluation précoce de la situation médico-sociale des patients permet d'activer leur orientation plus rapidement. Ce changement a un impact économique majeur.

Après un an d'implémentation, ce projet est considéré comme une réussite par la patientèle et les familles, ainsi que par les partenaires d'ARCOS (CHUV, CTR, EMS). Il fait figure de modèle pour d'autres services du CHUV intéressés par une prise en charge mieux planifiée.

6 ACTIVITES DES FILIERES

6.1 Filière Soins palliatifs

Le projet d'amélioration du dispositif en soins palliatifs sur le réseau, mis en œuvre depuis 2010, a poursuivi son déploiement et ses actions.

Les activités cliniques ainsi que les activités de formation de la filière soins palliatifs restent stables. Le souhait étant de développer l'activité clinique aujourd'hui plus faible que celle des autres réseaux, la filière va se concentrer sur une nouvelle stratégie de développement des activités de l'équipe mobile pour les années 2013 et 2014.

6.1.1 Formation

- **Formation des personnes ressources en soins palliatifs** : deux infirmiers d'EMS et deux de CMS ont débuté le cycle d'approfondissement en soins palliatifs. Trois autres professionnels sont restés sur la liste d'attente pour le cycle 2013-2014.

  Une infirmière de CMS a suivi le module d'approfondissement de la gestion des symptômes afin de faire reconnaître sa formation de base en soins palliatifs, plus ancienne.

- **Formation continue des Infirmières ressources en soins palliatifs (IRSP)** : en mars, une journée d'actualisation des compétences fut consacrée au dispositif même « Les IRSP, retour sur le passé, vision d'avenir et implication dans le futur ». Les participants ont travaillé, entre autres, sur la trame d'un rapport annuel de l'activité de l'IRSP qui sera mise en pratique dans les institutions en 2013.

  En novembre, une demi-journée de formation a permis de compléter les informations sur l'amélioration du dispositif IRSP et de présenter le mémoire de clinicien d'un infirmier de l'équipe mobile : « La douleur totale et la communication différente ». Des ateliers pratiques sur ce sujet sont prévus pour 2013. 56% des IRSP actives sur le réseau ont participé à ces journées.

  Les IRSP des trois associations de soins à domicile du réseau ont également bénéficié d'ateliers d'analyses de pratiques professionnelles avec les infirmiers.ères de l'équipe mobile ; une démarche similaire doit être envisagée pour les IRSP d'EMS dès 2013.

- **Ateliers intra-muros « outils d'évaluation des symptômes » :** co-animés par les infirmiers de l'EMSP et les IRSP, ils ont malheureusement eu moins de succès que les années précédentes. Seules cinq institutions du réseau (2 CMS et 3 EMS) en ont fait la demande.

- **Sensibilisation aux soins palliatifs en EMS** : cette formation, débutée sur le réseau ARCOS en 2010, s'est poursuivie avec une 3ème volée. Deux fondations : Les Châteaux (sites d'Echallens et de Goumoens), et Pré-Pariset (Pré-Pariset et Pré-de-la-Tour) y ont participé ; 60 professionnels (participation interdisciplinaire) ont ainsi été sensibilisés aux soins palliatifs en institutions.

- **Cours divers** : comme les années précédentes, les médecins et infirmiers de l'EMSP ont été sollicités pour donner des cours, notamment dans le cadre du cycle d'approfondissement en soins palliatifs B1à Espace Compétences.

6.1.2 Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)

En dehors des formations, l'EMSP, composée de deux médecins, de trois infirmiers et, depuis 2012, d'une psychologue, intervient sur demande des équipes (médecins et/ou infirmiers) de 1ère 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 répartition des pourcentages de prises en soins selon la localisation des malades diffère peu des années précédentes : 53% à domicile, 23% en EMS, 9% en lits A, 9% en institutions socio-éducatives.

Le souhait du programme cantonal est de développer les prises en soins de patients non oncologiques. De 38.5% en 2011, nous sommes passés à 41% de prises en charges non oncologiques en 2012.

Dans un contexte de sous-dotation médicale, les activités cliniques de l'équipe ont toutefois assez peu évolué en 2012, raison pour laquelle, le réseau va se pencher sur un nouveau projet de développement des prestations de l'équipe, notamment au niveau de la consultance infirmière.

6.1.3 PROPAL 2015

La nécessité de mieux répondre aux besoins des patients a conduit le réseau ARCOS (soutenu par le programme cantonal de développement des soins palliatifs) à définir et prioriser huit axes d'amélioration du dispositif en soins palliatifs dans le cadre du projet PROPAL 2015 (projet d'amélioration du dispositif en soins palliatifs). Les projets démarrés en 2011 se sont poursuivis tout au long de

l'année : le renforcement du rôle des IRSP, la coordination des soins palliatifs à la sortie de l'hôpital et la mise en place d'un outil d'aide à la décision pour les professionnels de 1ère ligne.

- Amélioration du dispositif « Infirmier.ère ressource en soins palliatifs »

  Après une phase d'étude, de projet et de propositions, la mise en œuvre des propositions d'amélioration s'est déployée et sera poursuivie en 2013 : nouveau cahier des charges, construction d'un module de formation complémentaire « Investir mon rôle d'IRSP », remaniement des actions de formation continue, réflexions entre les réseaux de soins vaudois, puis avec les organes faîtiers (AVDEMS, AVASAD) concernant les stratégies d'intégration et de reconnaissance de la fonction.

- « Sortie de l'hôpital et soins palliatifs »

  Le groupe de projet constitué d'un médecin, d'une représentante de la direction médicale du CHUV et de diverses « infirmières-clés » (équipe mobile intra-hospitalière CHUV, équipe mobile ARCOS, infirmière de liaison, consultante en soins infirmiers soins à domicile) a proposé des mesures tels qu'un complément à la documentation médico-infirmière existante et une optimalisation de la transmission des informations nécessaires au suivi du patient à domicile, en utilisant de manière adaptée les outils de transmission à disposition. Le développement simultané des outils informatiques a été une opportunité pour faire suivre de manière plus performante les informations entre les professionnels concernés par la sortie de l'hôpital des patients ayant bénéficié d'une consultation spécialisée en soins palliatifs en cours d'hospitalisation.

  Une suite aux propositions d'amélioration est envisagée pour 2013.

- Pallia 10 CH, un outil pour les professionnels

  Un outil d'aide à la réflexion destiné aux professionnels de soins a été conçu avec la collaboration de deux médecins et de la responsable du programme cantonal. Il s'agit d'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. Une phase test a été réalisée en 2012 (auprès de 6 CMS et de 5 services en EMS, ce qui représente 81 clients en CMS et 114 résidents en EMS) et a permis certains ajustements. La réalisation graphique du Pallia 10 CH a été confiée au programme cantonal à la fin 2012 et sera mis en circulation courant 2013.

- Projets 2013

  La direction de projet de la filière soins palliatifs du réseau ARCOS a confirmé la poursuite des projets en cours et a proposé d'entreprendre une réflexion quant au mode de fonctionnement et au modèle de consultance de l'équipe mobile de soins palliatifs, notamment une réflexion concernant le développement des consultations infirmières.

6.2 Filière psychiatrie de l'âge avancé

6.2.1 Les formations

Les formations aux entretiens de réseau, Niveaux I et II, s'intègrent dans un concept de formation généraliste et interdisciplinaire allant au-delà de la filière psychiatrie de l'âge avancé puisque ouvertes aux acteurs de la psychiatrie adulte depuis 2011.

Ces formations s'adressent aux médecins praticiens ainsi qu'au personnel diplômé (assistants sociaux, ergothérapeutes, infirmiers, médecins hospitaliers, etc.) des structures d'hébergement, CMS, BRIO (ARCOS), services de psychiatrie du CHUV, de l'âge avancé (SUPAA), de l'âge adulte (PGE) et de liaison (PLI), CTR et autres Soins aigus amenés à intervenir dans des entretiens de réseau et en particulier aux personnes de référence.

En 2012, 79 personnes ont pris part à l'une des 6 sessions du Niveau I et 16 personnes à l'une des 2 sessions du Niveau II.

6.2.2 Les stages interinstitutionnels

La nouvelle offre de formation-stages interinstitutionnels élaborée en 2011 vise à promouvoir le développement d'une culture commune d'échanges et à favoriser une (re)connaissance mutuelle des compétences de nature à améliorer la collaboration entre partenaires professionnels et institutionnels en charge de personnes présentant des troubles de type psychiatrie de l'âge avancé. Elle vise également à faire connaître le réseau et permettre le partage de savoir professionnel autour de la personne âgée rencontrant des problèmes de type psychiatrie de l'âge avancé ainsi qu'à favoriser chez les stagiaires une réflexion personnelle sur les observations faites durant leur stage et sur leur pratique professionnelle.

Chaque session se compose de 3 modules successifs : les deux jours de stage proprement dits sont ainsi complétés par deux jours de formation, l'un pour la préparation au stage, l'autre pour l'évaluation et l'exploitation du stage.

La première session, initialement planifiée au 4ème trimestre 2012, a dû être reportée à deux reprises faute d'inscriptions suffisantes. Cette première session aura finalement lieu durant le 2ème trimestre 2013.

6.2.3 Les transferts entre l'hôpital, l'EMS et le domicile

Le projet lancé en 2011 vise à améliorer les transmissions entre partenaires et la « circulation » des personnes souffrant de démence 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. Il a été mené en deux phases successives :

- Extension du protocole de collaboration

  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 » a été complété afin d'offrir une base commune incluant les partenaires de la psychiatrie de l'âge avancé.

- Modèles d'intervention pour les situations qualifiées de transferts difficiles

  Les travaux du groupe de travail ont mis en évidence que les situations qualifiées de « transferts difficiles » entre le HPAA et/ou les établissements d'hébergement nécessitent une préparation anticipée et coordonnée, spécifique à chaque situation, entre partenaires mettant en œuvre leurs compétences afin d'assurer la continuité de la prise en charge, d'accompagner le patient dans de bonnes conditions et dans les meilleurs délais, d'accompagner les familles/l'entourage et les équipes soignantes ainsi que d'adapter l'environnement direct du patient.

  Se basant sur des collaborations volontaires et spécifiques à succès développées par le passé, des modèles de transferts progressifs ont été élaborés. La fin des travaux et les demandes de financement incitatif aux services de l'Etat auront lieu au premier semestre 2013. Les mesures seront présentées aux membres du réseau dans le courant de l'année 2013.

6.2.4 Le Centre-mémoire du CHUV

L'année 2012 a permis de finaliser les travaux préparatoires à l'ouverture du Centre Leenaards de la Mémoire du CHUV prévue en janvier 2013. Le Centre aura pour mission de diagnostiquer la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, en particulier dans les situations complexes, d'émettre des recommandations auprès des médecins traitants et des centres médico-sociaux pour la prise en charge des personnes atteintes, de soutenir et d'informer les proches aidants. Il aura également une mission de coordination de l'action des autres centres mémoire du canton, de formation et de recherche.

Le groupe de travail interinstitutionnel mis en place par le réseau en 2011 a finalisé ses réflexions sur les besoins et les attentes des acteurs régionaux vis-à-vis du Centre : médecins de premier recours, CMS, Association Alzheimer Vaud, Unités d'accueil temporaire.

Le BRIO, sollicité pour mettre à disposition une infirmière de liaison (IDL) qui jouera un rôle central auprès des partenaires externes, a défini son cahier des charges avec les responsables du Centre : évaluer la situation médico-sociale et fonctionnelle du patient ainsi que la charge en souffrance de la famille et/ou des proches aidants, participer avec les professionnels du Centre au processus interdisciplinaire, suivre la mise en œuvre des recommandations.

6.3 Filière psychiatrie communautaire

6.3.1 Collaboration Hôpital-CMS

Le bilan du projet de collaboration entre le service de psychiatrie générale (PGE) et les CMS pour la période 2010-2012 relève l'importance de poursuivre celui-ci afin que les offres mises sur pied, pendant ces deux années, puissent perdurer et se renforcer.

Ainsi, les actions et mesures déjà mises en place (formation aux entretiens de réseau, stages interinstitutionnels d'échange de pratique entre les services du PGE et les CMS, rencontres annuelles des cadres des CMS et des services de psychiatrie générale, suivi des avis de non-conformité - ANC) vont se poursuivre durant l'année 2013 dans le but notamment de leur pérennisation dans le dispositif. Assurer le soutien des actions permettra, par exemple, de consolider la dynamique engagée pour les stages interinstitutionnels. En effet, bien que le nombre de stagiaires du côté CMS soit en augmentation, il ressort

qu'un travail de motivation et d'organisation important reste à faire pour assurer la continuité des stages.

De même, la promotion pour la formation aux entretiens de réseaux reste indispensable car elle commence à être juste connue des collaborateurs.

Pour la suite, des nouvelles mesures visant la continuité des soins PGE-CMS, avec des modalités communes d'intervention auprès de leur clientèle rentrant à domicile seront développées dès 2013. Un groupe de projet réunissant des membres d'ARCOS, de l'AVASAD, du Service de psychiatrie générale du CHUV (PGE) et des CMS a initié, en fin d'année 2012, un travail de réflexion autour du plan de crise conjoint et d'une co-référence hôpital-CMS pour le suivi des patients.

6.3.2 Collaboration Hôpital-Hébergement

Le projet **« Suivi de transition et implantation d'outils de réseau pour l'hébergement des personnes souffrant de troubles psychiatriques »** a été poursuivi en 2012 sur les trois niveaux et en étroite collaboration avec le projet cantonal de filière d'hébergement psychiatrique adulte :

Le suivi de transition

L'activité clinique des case managers de liaison hébergement est maintenant bien intégrée et reconnue au sein du contexte hospitalier. Celle-ci est également visible et identifiée par les structures d'hébergement.

Les case managers sont non seulement très sollicités, mais aussi mis sous pression au vu du manque de place en milieu de soins aigus, notamment pour trouver des solutions aux situations particulièrement lourdes, complexes et instables. De par le recensement systématique des patients hospitalisés concernés par une problématique d'hébergement, il a été relevé que le nombre de situations qui suscitait un désaccord dans leur orientation était en constante augmentation. Par ailleurs, environ un quart des sorties de Cery concerne des placements institutionnels et un tiers de ceux-ci concerne des nouveaux ou premiers placements. Une commission spécialisée, réunissant les cadres hospitaliers et les case managers, a été créée pour trouver une réponse institutionnelle à cette problématique. L'étape suivante serait, idéalement, d'étendre cette démarche aux organisations faîtières de l'hébergement ainsi qu'aux services de l'Etat concernés afin de trouver des modes de collaboration et une gestion des flux de patients plus efficients à un niveau cantonal. Ce point a pu être relayé au niveau de la filière cantonale.

A partir des constats réalisés et des besoins forts différents des partenaires selon leur contexte d'appartenance (hospitalier versus hébergement), des groupes de travail ont été constitués avec l'équipe projet autour des concepts de rétablissement, de crise, de transition, de continuité des soins et d'outils tels que le plan de crise conjoint afin de les intégrer au modèle d'intervention clinique dans une optique d'amélioration continue. Afin de sensibiliser les collaborateurs du Département de psychiatrie du CHUV (DP) à la problématique de l'hébergement, une présentation en a été faite lors de la journée des soins de ce département. Il en ressort notamment la nécessité de considérer les transitions hôpital-hébergement comme des moments critiques impliquant une indispensable professionnalisation de cet accompagnement spécifique.

Les outils de réseau

Le recours à des outils comme la carte réseau du patient, l'Echelle lausannoise d'élaboration des besoins (ELADEB) ou encore le plan de crise conjoint s'est étendu mais devrait être encore plus systématique. L'expérience pilote de case management a également mis en évidence la nécessité d'impliquer davantage les structures ambulatoires dans les transitions interinstitutionnelles.

Afin d'élargir les possibilités en matière d'hébergement, un projet de collaboration avec le SSP et l'une des structures d'hébergement prévoit, en 2013, le développement d'alternatives à l'hébergement institutionnel par un accompagnement à domicile selon le modèle du « housing first ».

Une première expérience de liaison en binôme médico-social a débuté au sein d'un foyer socio-éducatif, une seconde est aujourd'hui en cours de négociation pour 2013.

La recherche qualitative

L'étude qualitative, menée conjointement par la HES La Source et la HES EESP, dont les objectifs étaient 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 dans une perspective de rétablissement a été menée à terme. Une présentation orale des résultats a été faite au niveau cantonal, reste encore à réaliser le rapport écrit. Les recommandations issues de cette étude ont été intégrées dans le rapport de la filière cantonale d'hébergement.

6.3.3 Filière cantonale

Les réflexions entreprises depuis 2010 dans le cadre du projet cantonal de création d'une filière psychiatrique adulte se sont poursuivies avec la participation de représentants de notre réseau. Les contours du dispositif d'orientation ont été définis :

- un dispositif régional d'orientation à l'hôpital confié à une équipe pluridisciplinaire rattachée à l'hôpital et s'inscrivant dans le cadre d'une convention passée avec le réseau de soins,
- un dispositif cantonal d'information et de coordination confié au réseau Nord-Broye et chargé de centraliser et de gérer l'offre et la demande d'hébergement sur la base de critères de priorisation,
- l'utilisation d'outils élaborés communs aux BRIOs (DMST, application informatique Brioche-web, indicateurs statistiques de pilotage ICARE) ou spécifiques à la psychiatrie adulte (case management de liaison pour l'hébergement développé dans le cadre de la filière psychiatrie communautaire adulte de notre réseau, rencontre de réseau, plan de crise conjoint).

Par ailleurs, les missions des établissements d'hébergement ont été définies sur la base du modèle de rétablissement, modèle fondé sur les valeurs d'espoir, d'autonomie et d'autodétermination et centré sur la capacité des personnes à vivre une vie riche et pleine malgré la persistance de leurs troubles :

- mission de base offrant le logement et un soutien comparable à celui offert par un proche aidant,
- mission de protection et de maintien pour les personnes ayant un handicap sévère et durable, sans perspective de changement à court terme,
- mission d'engagement pour les personnes instables nécessitant des hospitalisations fréquentes ou au sortir d'une période sans abri,
- mission de réhabilitation pour les personnes à fort potentiel de réhabilitation,
- mission de transition pour accompagner des personnes vers leur autonomie à domicile ou vers la réinsertion dans la communauté et le monde du travail.

6.4 Filière gériatrie communautaire

6.4.1 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 a pris fin, comme prévu, à la fin juin 2012.

Le projet et, plus spécifiquement, les quatre volets modélisés ont fait l'objet d'un bilan détaillé au sein du comité de pilotage du projet puis, notamment, devant le Comité ARCOS ; une quinzaine de recommandations ont notamment été formulées.

Un rapport détaillé sera publié puis distribué aux membres et partenaires du réseau dans le courant du 1er semestre 2013 ; le lecteur est par conséquent renvoyé à la lecture dudit rapport, dans lequel figurera une synthèse, incluant les recommandations, ainsi qu'une présentation qualitative et quantitative du projet.

6.4.2 Politique vieillissement et santé

Le projet Géri-A-Com a permis au réseau ARCOS de faire ses premiers pas dans le domaine de la gériatrie communautaire en anticipant la mise en place de la politique cantonale Vieillissement et santé. Celle-ci a été adoptée en 2012 par le Chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) et présentée aux acteurs sanitaires du canton. Elle constitue certainement la colonne vertébrale du développement des réseaux dans les prochaines années.

Elle propose **5 axes de développement** :

- Prévenir pour guérir,
- Coordonner les soins pour mieux vieillir chez soi,
- Adapter l'hôpital pour préserver l'indépendance des seniors,
- Valoriser les compétences pour améliorer les soins aux seniors,
- Renseigner pour piloter la politique Vieillissement et santé.

De par leur mission, les réseaux sont principalement concernés par la perspective d'une meilleure intégration des soins promue dans le cadre du second axe de développement.

Le modèle d'intégration retenu repose sur :

- la création de réseaux régionaux d'accueil, d'information et d'orientation, les guichets intégrés, pour répondre de manière coordonnée et optimale au demandes de la population âgée,
- la création d'unités régionales de gestion des cas complexes, nécessitant une coordination importante des professionnels et un suivi permanent et personnalisé des usagers,

- la mise en place d'outils d'évaluation et d'un système d'information partagés par les acteurs des réseaux pour optimaliser la prise en charge des usagers et éviter des redondances.

En 2012, le réseau ARCOS s'est surtout attaché à informer ses membres et ses collaborateurs sur cette nouvelle politique. Il a également joué un rôle de premier plan dans la réflexion cantonale sur les guichets intégrés (voir plus haut).

6.5 Programme cantonal diabète (PcD)

6.5.1 Mise en œuvre du programme

Dans le cadre du mandat PcD, l'année 2012 a permis de :
- compléter et affiner le répertoire des professionnels actifs dans la région,
- poursuivre l'inventaire des offres de prise en soin et des prestations pour faciliter la mise en lien des acteurs concernés,
- contribuer à la meilleure diffusion possible de la lettre d'actualités « Flash Diabète » mise en ligne par le PcD,
- rester présents dans le développement du projet « Quartier Chailly ».

Cependant, autant la mise en lien entre les différents professionnels que la visibilité de l'offre de prise en soin dans notre région restent insuffisantes et les efforts dans ce sens doivent se poursuivre.

Pour sa 2ème édition, le Forum diabétologie de notre région s'est déroulé le 13 décembre 2012 et a connu une belle affluence. Les Recommandations de Pratique Clinique (RPC) en étaient le thème central. Les trois ateliers proposés permirent d'aborder, en partant de cas concrets, ces RPC sous l'angle plus particulièrement de l'interdisciplinarité.

La nécessité de développer l'interdisciplinarité entre les différents professionnels a été confirmée à l'unanimité par les participants au Forum.

Le travail en réseau est considéré, par ces mêmes participants, comme la meilleure option pour la prise en charge des patients diabétiques. Cependant, il se heurte à des difficultés tel que : le peu de temps que les soignants peuvent accorder à leurs patients, le manque de communication entre les différentes professions qui se connaissent mal.

Parmi les pistes d'amélioration proposées durant ce Forum figure l'élaboration d'un annuaire réunissant les professionnels et les ressources mises à disposition par le réseau. La création d'une filière diabètes pour notre région a été également plébiscitée.

6.5.2 Réflexions pour la création d'une filière régionale

Afin d'évaluer la pertinence quant à la création d'une filière diabètes pour notre réseau, le bureau d'ARCOS a demandé la mise en œuvre d'une démarche permettant de récolter des données significatives à notre région et d'engager la réflexion. Pour ce faire, un groupe constitué par des partenaires du réseau actifs dans la prise en charge des patients diabétiques et représentant autant les milieux hospitaliers, ambulatoires, du domicile que de la pratique indépendante, s'est réuni afin d'amener les éléments nécessaires à une prise de décision dans le cadre du mandat donné.

Il s'agissait, plus précisément, de présenter les plus-values d'une filière régionale en tenant compte des actions engagées par le PcD et les faitières ; de considérer l'expérience des autres réseaux à l'heure d'envisager la création d'une filière pour notre réseau ; et enfin, d'évaluer l'urgence des besoins et attentes du réseau.

Un rapport présentant ces différents points, ainsi que les principales problématiques identifiées dans notre réseau et les projets prioritaires, sera produit début 2013. Le bureau ARCOS, sur la base de ce rapport, sera ainsi en mesure de statuer sur la création de cette filière.

6.6 Cellule HPCI

6.6.1 Activités principales des membres de la Cellule HPCI ARCOS

Activités extraordinaires en 2012

Une campagne d'hygiène des mains à l'intention des EMS du centre a débuté le 5 mai 2012 par une campagne d'affichage, des formations sur l'hygiène des mains. Des audits de pratique d'hygiène des mains sont réalisés afin de connaître l'observance à l'hygiène par le personnel de soins.

Campagne d'hygiène des mains 2012-2014	Résultats
• Formations intra-muros pour les EMS	12 EMS / 436 collaborateurs
• Audits de pratique d'hygiène des mains	239 collaborateurs observés

Surveillance ordinaire

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

Surveillance dans les établissements de soins chroniques :	**Taux de participation des EMS**	**Résultats**
Taux de Vaccination contre la grippe saisonnière des résidents	100%	82%
Taux de Vaccination contre la grippe saisonnière du personnel		35%
Consommation de solution désinfectante pour les mains	100%	9ml/j/résident

Commentaires sur les indicateurs 2012:

- Surveillance de la vaccination contre la grippe saisonnière :

  On note que les chiffres pour l'adhésion du personnel à la vaccination contre la grippe saisonnière est en légère diminution cette année (37 à 35%) par rapport à 2011. C'est également le cas pour la vaccination des résidents (85 à 82%).

- 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 HPCI et la Cellule ARCOS.

  En 2012, on relève une légère augmentation de la consommation de solution hydro-alcoolique pour la désinfection des mains. On passe de 8 ml/résident/jour en 2011 à 9 ml/résident/jour en 2012, soit une augmentation de près de 9% (3 désinfections/résident/jour), ce qui est encore en dessous de notre objectif fixé à 5 désinfections/résident/jour (15 ml/résident/jour).

Remarque : les surveillances proposées aux établissements de soins aigus par le programme cantonal (bactériémies, infections du site opératoire, 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

Mise en place en 2012 d'un cours « Hygiène de base » pour les nouveaux collaborateurs :

à l'intention des EMS à raison d'un cours par mois :
- 1 cours chaque 2 mois pour le personnel soignant infirmier/ASSC
- 1 cours chaque 2 mois pour le personnel soignant non-infirmier

à l'intention des CMS (3 cours : 1 cours pour le personnel soignant infirmier/ASSC, 2 cours pour le personnel soignant non-infirmier)

Par ailleurs les cours suivants ont été proposés aux collaborateurs déjà en fonction :

Intitulé du cours	Nb cours	Collaborateurs formés
• Hygiène de base – Précautions Standard – Mesures Additionnelles	7	90
• Bactéries Multi-Résistantes et Entérocoque Vancomycin Résistant	2	20
• Formation Hygiène de Base pour le nouveau personnel des EMS	8	103
• Formation Hygiène de Base pour le nouveau personnel des CMS	3	56

Participation aux formations de la cellule HPCI ARCOS avec environ 269 collaborateurs (EMS et CMS).

6.6.3 Consultations et demandes ponctuelles

En 2012, la cellule HPCI ARCOS a répondu à des demandes ponctuelles provenant des soignants ainsi qu'à des rapports écrits avec supervision médicale lors de transferts de patients porteurs de bactéries multi-résistantes (BMR).

796 consultations dont :

235 rapports écrits avec supervision médicale pour les EMS dont :
- 127 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,
- 46 pour la prise en charge d'un résident porteur de Bactérie Multi Résistante (ESBL, VRE),
- 59 consultations par mails pour demandes diverses.

27 consultations écrites avec supervision médicale pour les CMS dont :

- 23 pour la prise en charge d'un patient porteur de MRSA,
- 4 pour la prise en charge d'un patient porteur d'ESBL.

3 consultations avec visite sur le terrain (EMS)

1 correction de documents (EMS)

530 demandes téléphoniques gérées par les infirmières régionales.

7 LISTE DES MEMBRES AU 31 DECEMBRE 2012

Groupe EMS (Etablissements médico-sociaux) :

- Aubépines (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)
- Girarde (Résidence la)
- 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)
- Odysse (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 :

- FSL – 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
- François Rion
- Alain Schwob

Groupe des Communes

District de Lausanne

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

District de Lavaux-Oron

- Belmont-s/Lausanne
- Bourg-en-Lavaux
- Chexbres
- Essertes
- Ferlens
- Forel (VD)
- Lutry
- Maracon
- Mézières
- Montpreveyres
- Oron
- Paudex
- Puidoux
- Pully
- Rivaz
- Saint-Saphorin
- Savigny
- Servion

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
- 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

- 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
- La-solution.ch
- LVC – Ligue vaudoise contre le cancer
- OSADEX SA
- Permed SA
- Pharmacie 24
- Pharmacie Hadid
- Pharmacie Rey
- Smet Thierry
- SPLE - Société des pharmaciens Lausanne et environs
- SVM - Société vaudoise de médecine
- Unique Ressources Humaines
- Vidy-Med

Présidente de l'Association : Hélène Brughera

8 COMPOSITION DU COMITE ET DU BUREAU EXECUTIF AU 31 DECEMBRE 2012

8.1 Comité

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

- Brutto Koller Tiziana — APREMADOL
- Chevalley Edna — APROMAD
- Clivaz Luchez Patrizia — APROMAD
- Mamboury Joyet Catherine / Marmy Serge — FSL

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 / Matt François — EMS L'Oriel / EMS le Home et EMS Les Pins
- Pasquali Adriano — EMS Arcades et Odysse

Groupe Communes :

- Beaud Michelle — District de l'Ouest lausannois
- Preti Muriel — District de Lavaux-Oron
- Tille Dominique — District du Gros-de-Vaud
- Tosato Oscar — District de Lausanne

Observateurs :

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

8.2 Bureau exécutif

- Bonard Marc
- Brioschi Levi Hélène
- Clivaz Luchez Patrizia
- Gay Carol
- Preti Muriel

Présidente du Comité et du Bureau exécutif : Carol Gay

9 COMPTES 2012

Ci-après : **Rapport de l'organe de révision BDO** à l'assemblée générale d'ARCOS

Comptes annuels 2012

Tél. 021 310 23 23
Fax 021 310 23 24
www.bdo.ch

BDO SA
Biopôle - Epalinges
Case postale 7690
1002 Lausanne

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 2012.

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 15 avril 2013

BDO SA

Jean-Frédéric Braillard
Expert-réviseur agréé

pp Nicolas Métraux
Expert-réviseur agréé
Auditeur responsable

Annexes
Comptes annuels

BDO SA, dont le siège principal est à Zurich, est le membre suisse, juridiquement indépendant, du réseau international BDO.

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

BILAN AU 31 DECEMBRE 2012

	31.12.2012 CHF	31.12.2011 CHF
ACTIFS		
Actifs circulants		
Liquidités	1'566'192.75	1'850'514.05
Débiteurs divers	4'872.43	110'033.33
Actifs transitoires	285'162.37	337'233.19
	1'856'227.55	***2'297'780.57***
Actifs immobilisés		
Garantie de Loyer	***6'520.75***	***6'506.95***
TOTAL DE L'ACTIF	*1'862'748.30*	*2'304'287.52*
PASSIFS		
Fonds étrangers		
Fournisseurs	473'209.53	309'249.20
Autres engagements à court terme	37'909.31	139'641.86
Provision pour aménagement locaux	0.00	206'425.00
Passifs transitoires	206'735.00	503'553.10
	717'853.84	***1'158'869.16***
Fonds propres		
Fonds de réserve soins palliatif	401'497.04	336'443.04
Fonds de réserve HPCI	27'531.61	38'733.15
Fonds de réserve exploitation BRIO	125'078.00	302'652.52
Fonds pour réduction future de financement du BRIO	0.00	0.00
Fonds de réserve pour projets futurs	307'868.69	327'868.69
Fonds de réserve général	283'443.02	255'032.50
Résultat reporté (début de l'exercice)	0.00	0.00
Résultat de l'exercice	-523.90	-115'311.54
Résultat reporté (fin de l'exercice)	*-523.90*	*-115'311.54*
	1'144'894.46	***1'145'418.36***
TOTAL DU PASSIF	*1'862'748.30*	*2'304'287.52*

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

COMPTE D'EXPLOITATION DU 1ER JANVIER AU 31 DECEMBRE 2012

	2012	2011
	CHF	CHF
PRODUITS		
Subventions		
Subvention - SSP fonctionnement	905'105.00	913'778.00
Subvention - SASH BRIO	67'119.36	93'148.00
Subvention - SSP BRIO	2'591'530.00	2'717'220.00
Subvention - SSP Soins Palliatifs	838'300.00	830'826.00
Subvention - SSP HCPI	234'000.00	202'000.00
Subvention - SSP BRIOCHE	120'090.00	202'187.00
Subvention - DIABETE	39'000.00	0.00
Subvention - ASAD	396'000.00	384'061.00
Subvention - EMS	775'326.85	768'120.00
Subvention - CHUV	3'070'548.00	2'736'557.00
Subvention - Hôpital de Lavaux	223'749.00	217'003.00
	9'260'768.21	**9'064'900.00**
Cotisations		
Cotisation membres affiliés	8'700.00	8'600.00
Cotisation membres associés	4'200.00	2'875.00
Contribution membres affiliés	455'465.20	440'321.00
	468'365.20	**451'796.00**
Produits divers		
Intérêts	1'460.04	2'368.65
Inscriptions Forums	9'705.45	0.00
Autres produits	97'690.87	93'709.55
Rétrocession facturation équipe mobile	12'226.30	19'226.00
Récupération APG	47'453.00	170'922.00
	168'535.66	**286'226.20**
Produits années antérieures	**9'836.88**	**28'757.37**
Produits extraordinaires	**4'802.15**	**11'313.05**
TOTAL DES PRODUITS	*9'912'308.10*	*9'842'992.62*

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

COMPTE D'EXPLOITATION DU 1ER JANVIER AU 31 DECEMBRE 2012 (SUITE)

	2012	2011
	CHF	CHF
CHARGES		
Charges du personnel		
Salaires	6'564'414.25	6'221'740.15
Charges sociales	1'434'540.20	1'322'888.60
	7'998'954.45	**7'544'628.75**
Autres charges de personnel		
Recrutement	43'999.70	7'976.90
Congrès	4'366.00	3'833.53
Honoraires Médecins-conseil	5'859.95	8'257.60
Autres frais de personnel	21'494.75	32'682.05
	75'720.40	**52'750.08**
Indemnités	**43'054.90**	**58'989.40**
Personnel externe	**914'389.93**	**1'039'916.64**
Formation, perfectionnement	**44'263.45**	**85'174.80**
Entretien, réparation		
Nettoyage locaux	7'986.40	3'758.60
Entretien des installations	9'168.40	8'071.00
Entretien équipement informatique	8'933.30	35'145.89
	26'088.10	**46'975.49**
Achat d'équipements, loyers		
Achat équipement technique	1'715.00	5'697.50
Achat équipement hardware	5'161.75	1'373.80
Achat de mobilier	24'938.10	15'446.45
Location photocopieurs	885.38	1'165.03
Loyers	142'030.30	130'044.30
	174'730.53	**153'727.08**
Energie	**17'528.60**	**15'846.05**
Intérêts passifs	**0.00**	**439.90**
A reporter	*9'294'730.36*	*8'998'448.19*

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

COMPTE D'EXPLOITATION DU 1ER JANVIER AU 31 DECEMBRE 2012 (SUITE)

	2012	2011
	CHF	CHF
Report	*9'294'730.36*	*8'998'448.19*
Frais d'administration		
Fournitures de bureau	12'691.35	15'154.00
Imprimés	9'271.05	11'069.16
Fournitures informatiques	6'907.20	305.85
Frais de téléphone	8'207.55	7'298.45
Affranchissements	2'328.70	2'573.30
Services bancaires	388.85	329.56
Livres, journaux	2'751.20	3'036.20
Frais de représentation	23'853.90	17'379.35
Frais de déplacement	11'850.17	16'443.31
Mandat-expertises	108'196.60	122'158.20
Mandat finance	91'335.60	91'335.60
Mandat informatique	179'843.30	234'453.75
Autres mandats	23'238.85	4'752.00
Frais organe de révision	8'500.00	8'800.00
	489'364.32	**535'088.73**
Autres charges d'exploitation		
Traitement déchets	1'328.35	3'074.49
Primes d'assurances	6'019.30	3'475.10
Subventions diverses	95'700.00	175'730.40
Autres charges d'exploitation	9'183.05	1'144.35
	112'230.70	**183'424.34**
Charges années antérieures	**5'157.57**	**35'501.45**
Charges extraordinaires (*)	**11'349.05**	**205'841.45**
TOTAL DES CHARGES	*9'912'832.00*	*9'958'304.16*
RESULTAT DE L'EXERCICE	***-523.90***	***-115'311.54***

(*) 2011 : 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 2012

	CHF
Bénéfice/Perte à disposition de l'assemblée	
Résultat de l'exercice	-523.90
Bénéfice reporté au 1er janvier	0.00
Résultat de l'exercice	-523.90
Attribution/prélèvement obligatoires	
Attribution à la réserve Diabète	745.00
Attribution à la réserve HPCI	20'728.39
Attribution à la réserve Soins palliatifs	146'447.96
Prélèvement sur la réserve Exploiation Brio	-6'787.40
Attribution à la réserve Système d'information de la CORES	22'515.00
Proposition d'affectation	
Prélèvement dans la réserve générale	-184'172.85
Total comme ci-dessus	-523.90

ETAT DES RESERVES APRES L'AFFECTATION DU RESULTAT AU 31 DECEMBRE 2012

		CHF
Réserves à disposition d'ARCOS		
Fonds de réserve pour projets futurs		307'868.69
Fonds de réserve général		99'270.17
Total		**407'138.86**
Réserves à disposition de l'Etat		
Fonds de réserve dispositif permanent	(créé en 2011)	0.00
Fonds de réserve Syst. d'information de la CORES	(créé en 2012)	22'515.00
Fonds de réserve exploitation BRIO		118'290.60
Fonds de réserve soins palliatif		547'945.00
Fonds de réserve HPCI		48'260.00
Fonds de réserve diabète	(créé en 2011)	745.00
Total		**737'755.60**
Total des réserves		**1'144'894.46**