



RAPPORT D'ACTIVITÉ

Année 2011

Rolle, avril 2012

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Programmes et projets 2011	3
<i>BRIO</i>	4 à 6
<i>Diabaide</i>	7
<i>Programme cantonal Diabète</i>	7
<i>Cellule d'Hygiène, de Prévention et Contrôle de l'Infection (CHyPCI)</i>	8
<i>Equipe Mobile de Soins Palliatifs</i>	8
Conclusions	9
Annexe 1 : Comptes 2011	10
Annexe 2 : Rapport d'activité du BRIO ARC	11 à 17
Annexe 3 : Rapport d'activité : Cellule d'Hygiène, de Prévention et Contrôle de l'Infection (CHyPCI)	18 à 21
Annexe 4 : Rapport d'activité : Programme de soins palliatifs – Equipe mobile ARC	22 à 24
Annexe 5 : Rapport d'activité : Diabaide	25 à 27
Annexe 6 : Rapport d'activité : Programme cantonal Diabète	28 à 29
Annexe 7 : Rapport exercice 2011 - Fiduciaire Heller (Document séparé)	annexe

BILAN D'ACTIVITE RESEAU ARC

Période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011

INTRODUCTION

2011 a permis un renforcement des processus initiés en 2010. En effet, la mise en œuvre de la Directive BRIO II, la réorganisation de la filière *Diabaide* avec le changement de coordinatrice ont constitué les points forts de cette année. Tant la Cellule régionale d'*hygiène et de prévention de l'infection* que l'équipe de *Soins palliatifs* ont développé leurs activités auprès des partenaires dans un contexte plus serein. De plus, le Programme cantonal Diabète s'est concrétisé régionalement avec la nomination de la coordinatrice et le 1^{er} Forum régional.

Afin de répondre au mieux aux exigences de la convention 2010-2012 signée avec le SSP, ces processus de régulation initiés en 2010 se sont poursuivis en 2011. L'audit financier et structurel de l'ARC par le SSP en juin, a donné lieu à un rapport parvenu à l'automne à l'ARC. Suite à ce rapport, le Comité Exécutif et le Président de l'Assemblée Générale se sont réunis en demi journée au vert pour réfléchir aux missions du réseau et aux structures nécessaires pour les accomplir. Ces réflexions sont encore en cours à l'heure où nous rédigeons ce rapport.

Le Comité Exécutif s'est réuni 11 fois en séance ordinaire en 2011. Outre les aspects administratifs et financiers, les sujets les plus débattus ont été les recommandations de l'audit de l'ARC par le SSP, *Diabaide*, le Centre de la Mémoire, l'intégration des organisations d'aide et de soins à domicile privées, ainsi que l'allocation du fonds financier des hôpitaux pour améliorer les sorties avec prise en charge par les CMS. A la demande du SSP, les réserves de subventions disponibles fin 2010 ont été dissoutes en 2011 selon leur affectation, excepté pour le programme *Soins palliatifs*. En 2012, la subvention cantonale de la filière *Diabaide* sera fortement réduite et proportionnelle à un financement minimal de l'ARC.

Comme l'année précédente, l'ARC a participé activement aux réunions de la CORES et des secrétaires généraux des réseaux ainsi qu'aux rencontres avec les services du DSAS (SPP, SASH) et les différentes commissions/groupes de travail.

L'ARC a tenu trois Assemblées Générales en 2011. Les comptes 2010 ont été approuvés et modifiés suite à une demande du SSP relative au financement des charges extraordinaires BRIO demandée par le SSP. Vu l'état des finances de l'Association, il a été décidé de ne pas prélever de cotisations 2011.

Les comptes 2011 présentent un déficit pour plusieurs programmes. Excepté pour les activités du BRIO, les déficits des autres programmes sont inférieurs aux montants mis au budget. Une part des réserves de l'ARC a permis d'équilibrer les comptes 2011. Les comptes ont été acceptés le 07.05.2012 par l'Assemblée générale. Les comptes 2011 sont présentés dans un document séparé, élaboré par la Fiduciaire Heller, Nyon.

PROGRAMMES

Des rapports d'activité complets et détaillés, rédigés par les chefs de programmes et projets, sont joints à ce rapport d'activité. Seuls les éléments saillants sont évoqués ci-dessous.



Outre l'entrée en fonction en juin d'une nouvelle coordinatrice, Mme Karine Delapierre, 2011 a été marquée par l'utilisation de la plateforme web BRIOCHE (outil informatique cantonal de l'orientation) par les infirmières de liaison hospitalières (IDL). L'utilisation commune d'un dossier informatisé induit un relevé harmonisé des données de transfert, et renforce la bonne collaboration entre les coordinatrices BRIO et les IDL.

Les données d'activité indiquent que, depuis 2007, les demandes d'hébergement (courts et longs séjours) ont augmenté. En 2011, les IDL hospitalières ont relevé en cours d'année dans la BRIOCHE les informations relatives aux issues en CTR et à domiciles. Les données autres que l'hébergement en lit C ne reflètent donc que partiellement cette activité.

Orientation	2007	2008	2009	2010		2011*	
Total	1190	1273	1230	1268		2447	
Long séjour	596	661	657	609	48%	671	27.4%
Séjour d'observation				41	3%	32	1.3%
Court séjour	564	564	551	572	45%	581	23.7%
CTR*						822	33.6%
Domicile*						274	11.2%
Autres	30	48	22	46	4%	67	2.8%

Source : Brioche-Web

* CTR et domicile : données partielles

Les coordinatrices BRIO sont régulièrement sollicitées pour des rencontres avec les familles des requérants d'hébergement qui recherchent des informations. Ces dernières sont reçues dans les locaux de l'ARC qui ne sont malheureusement pas judicieusement adaptés pour ces séances d'information, mais il est essentiel que le BRIO réponde favorablement à ces demandes, ceci permettant d'optimiser l'orientation en fonction des besoins spécifiques des requérants d'hébergement. Ces rencontres facilitent aussi la récolte de toutes les informations nécessaires, en particulier concernant les besoins en soins et assistance, mais aussi celles relatives au volet social (p. ex. allocation d'impotence, etc.). Grâce à cette étape, le BRIO peut constituer un dossier complet. Toutefois, le pan d'information et de coordination sociale devront être renforcés afin d'assurer, selon besoin, le suivi social une fois le transfert en EMS décidé.

2011 n'a malheureusement pas permis de pourvoir le poste d'assistant social disposant des compétences requises.

Les CMS sollicitent eux aussi de plus en plus régulièrement le BRIO lors de situations complexes. Cela entraîne de longs téléphones pour cibler les besoins et orienter au plus juste l'utilisateur, par exemple vers des structures intermédiaires ou des alternatives à l'hébergement (recensement encore largement incomplet).

Sur demande des partenaires ou selon besoin lors de demande de prolongation de court-séjour peu claire, une coordinatrice BRIO participe aux réunions de réseau afin d'évaluer la situation et d'aider, par l'apport de ses connaissances, à définir la prise en charge la plus adéquate pour la personne et son entourage.

Le document médico-social de transmission (DMST) contient fréquemment des données lacunaires ou erronées. Les coordinatrices BRIO doivent donc contrôler et rechercher les informations pour obtenir des précisions qui ne figurent pas sur les documents et qui sont indispensables aux EMS afin qu'ils puissent évaluer correctement les dossiers et assurer une prise en charge adéquate. Cela prend un temps important et cette nécessité n'est pas toujours comprise par les autres professionnels.

La collaboration BRIO-EMS demeure une activité importante. Comme l'année précédente, plusieurs EMS ont reçu la visite d'au moins une coordinatrice. Pour formaliser cette collaboration, un accord de collaboration a été élaboré et accepté par toutes les parties en décembre 2011. Le processus de signature se déroulera en 2012.

En 2011, les 17 lits de court séjour dédiés de la Fondation SILO ont été occupés à 94.1% (2010 : 90.8%). L'objectif de retour à domicile est atteint pour 88% des personnes, dont la moyenne d'âge est de 84 ans. L'étroite collaboration avec le BRIO a permis de résoudre au mieux les situations complexes. Pour sa part, les courts séjours/placements d'urgence non planifiés (2 lits), intégrés au BRIO dès 2004, ont continué à jouer un rôle-clé, le taux d'occupation s'élevant à 94.1% (2010 : 90.8%), alors que la durée moyenne de séjour est de 24.1 jours (2010 : 22.9).

Le manque de visibilité du BRIO a incité les réseaux à présenter conjointement cette activité au grand public lors du Comptoir suisse par un stand à l'«Espace Promotion Santé». Cela a été possible grâce à la prise en charge de l'organisation par le réseau ARCOS et de la forte implication des professionnelles. Par la présence des IDL et des coordinatrices des différents BRIOs, ce stand a permis de mieux faire connaître cette activité au grand public et de répondre à des questions liées aux processus d'hébergement en EMS.

Dès fin 2010, à l'instar des autres IDL du canton, les IDL hospitalières de l'ARC utilisent la BRIOCHE. Cet élargissement régional et l'utilisation cantonale des données recensées à des fins statistiques, ont nécessité des rencontres afin d'harmoniser les pratiques et les modalités de recensement des informations. 5 séances, dont 3 avec les responsables opérationnels cantonaux du développement de la BRIOCHE (réseau ARCOS), se sont déroulées dans les locaux de l'ARC.

Ce relevé, sur une base de données commune, permettra d'établir des comparaisons intra- et inter-régionales. Toutefois, cela nécessite encore un important travail d'harmonisation et de (re)définitions. Un groupe de travail se penche depuis quelques années sur ces thèmes. En effet, l'activité des BRIO s'est développée à partir des organisations régionales. Une comparaison cantonale implique un grand travail de concertation et, parfois, des modifications organisationnelles régionales. Depuis plusieurs années, une coordinatrice y participe avec, dès

2011, une IDL de chaque établissement hospitalier. Une première concrétisation des travaux de ce groupe de travail, validée par le COPIL *Orientation* cantonal, est le document relatif à la priorisation de l'hébergement selon des critères d'urgence similaires (*NEPAL - Négociation Equitable des Priorités dans l'Attribution des Lits*), à appliquer dès le 1^{er} janvier 2012 annexe à l'avenant 2012 SSP-réseaux.

Parallèlement à ce développement de contenu et de procédure, la mise en œuvre du programme national de cybersanté a débuté selon l'agenda cantonal par le transfert électronique des données administratives du document médico-social de transmission (DMST) depuis et vers le BRIO. La charge de travail administratif devrait, à terme, se maintenir au niveau actuel, voire diminuer. En outre, dès juillet 2011, un tableau de bord des hébergements en EMS et des transferts en CTR a pu être établi.

Le manque criant de lits C sur le réseau ARC rend le travail quotidien des IDL et des coordinatrices difficile. Cela exige de leur part une forte empathie face aux incompréhensions des futurs résidents et de leur entourage devant les difficultés à trouver un hébergement approprié. A cela, s'ajoute une capacité à résister aux demandes pressantes des institutions pour le transfert de la prise en charge.

diabaide

En 2011, la filière *Diabaide* a connu un changement de coordinatrice. Mme C. Dutruy-Chenau a assuré ce mandat à 40% jusqu'au 30 juin et remis son mandat dès le 1^{er} juillet à Mme A. Ferro. Mme Dutruy poursuit sa collaboration au sein de l'équipe en tant qu'infirmière spécialisée en diabétologie. Le directeur médical, Dr. H. Delgado et l'équipe *Diabaide* ont tout mis en œuvre afin que l'activité clinique de la filière se renforce. En 2011, 432 patients ont été suivis en (2010 : 351), ce qui représente 1942 consultations spécialisées

91 médecins de la région, dont 53 nouveaux ont adressé au moins un de leurs patients (2010 : 82 dont 45 nouveaux). Parallèlement aux consultations, les activités concomitantes ont également augmenté à savoir :

- le recours au dossier informatisé par les médecins de premiers recours (MPR);
- la mesure en continu de la glycémie sur plusieurs jours;
- les examens directs en cabinet;
- l'envoi systématique au MPR du rapport de consultation spécialisée.
- l'éducation thérapeutique (4 journées avec 12 participants en moyenne) ;
- les rencontres avec les MPR de la région soit par des rencontres sur des thèmes pratiques (4 séances), soit lors de rencontres dans le cadre de cercle qualité (district de Nyon).

Celles-ci se poursuivront les années suivantes.

Dès 2013, *Diabaide* sera progressivement intégré au sein du programme cantonal Diabète. Des adaptations structurelles devront progressivement être effectuées durant les prochaines années, notamment pour des raisons financières.



Madame Corinne Kehl, coordinatrice régionale, est entrée en fonction au 1^{er} août 2011 à un taux d'activité de 20%. Les activités déployées couvrent donc la période d'août à décembre 2011.

Le temps dévolu a été principalement axé sur l'organisation du 1^{er} Forum régional du 1^{er} décembre 2011 à Rolle. Parallèlement, le recensement des professionnels actifs en diabétologie et la coordination avec la filière *Diabaide* ont été initiés et se renforceront en 2012.



Cellule Hygiène, Prévention et Contrôle de l'Infection

Suite à la réorganisation du programme cantonal HPCI, les acteurs régionaux ont dû se resituer par rapport aux attentes. La cellule régionale a poursuivi ses activités formatrices qui s'adressent à un public transversal, à l'inverse de ce qu'offre la cellule cantonale. A cet effet, 14 répondants ont été formés en 2011. Mme Sordet, chargée de cette formation, nous a annoncé sa démission à fin 2011. La cellule HPCI doit réfléchir au futur de cette formation, ceci en concertation avec la cellule cantonale dont les formateurs viennent fréquemment parler de sujets HPCI dans notre région.

La cellule HPCI a participé de façon très active aux enquêtes, études et programmes cantonaux, tels que le suivi de la consommation de solution hydro-alcoolique dans les EMS, indicateur du respect des recommandations en matière d'hygiène des mains, l'étude sur le bénéfice de la décolonisation MRSA en EMA, la campagne vaccination contre la grippe.

La permanence téléphonique est toujours généreusement sollicitée. Elle permet d'identifier les sujets de préoccupation des partenaires régionaux et d'orienter la formation dans ces directions. Cette année, les sujets les plus souvent abordés concernent l'épidémie de diarrhées à Norovirus, la vaccination contre la grippe saisonnière et les staphylocoques dorés.

Signalons encore que notre référente régionale et responsable de la cellule HPCI, Mme B. van der Kaa, a suivi assidument les cours de formation HPCI en vue d'une formation avancée en HPCI et en stérilisation, et qu'elle a brillamment réussi les examens. Nous l'en félicitons vivement.



Equipe mobile de soins palliatifs

L'activité de l'EMSP s'est intensifiée en 2011 et elle s'est adressée à tous les partenaires du réseau. Les chiffres figurant dans le rapport détaillé ci-joint sont édifiants. L'équipe s'est reconstituée avec succès suite au départ simultané de plusieurs « piliers » de l'équipe précédente. La fonction formatrice de l'EMSP s'est elle aussi accentuée, touchant des professionnels mais aussi des étudiants, futurs médecins en particulier.

Les objectifs 2012 sont ambitieux mais réalistes, et l'ARC devra montrer un soutien fort à cette activité transversale qui concerne tous ses partenaires, dans un climat populaire de plus en plus favorable au concept des soins palliatifs.

Conclusions

2011 a donc été une année de changement et d'adaptation pour l'ensemble des activités de l'ARC. Tout changement est un défi d'adaptation dont l'issue est incertaine. Malgré le court recul, il semble que ces changements résultent en majorité des évolutions créatrices et innovatrices. L'année 2012 ne sera pas différente : poursuite de la mise en oeuvre au sens de la LRS, adaptations aux décisions suite à l'évaluation modèle BRIO-ARC et à celle des réseaux, intégration progressive d'activités *Diabaide* au sein du Programme cantonal Diabète, création de programmes cantonaux (centre de la mémoire), etc. Comme les années précédentes, les défis restent nombreux.

L. Christin

Président du Comité Exécutif

Rolle, avril 2012

COMPTES 2011 PAR ACTIVITE

	ARC Total	Activités permanentes	BRIO	Soins palliatifs Equipe mobile	Soins palliatifs Formation	Soins palliatifs Projets cantonaux	HPCI	Diabaide	Programme cantonal Diabète
Subvention Santé publique (SSP)	1'353'970.00	230'000.00	229'970.00	336'100.00	64'800.00	127'500.00	120'600.00	200'000.00	45'000.00
Autre service Etat de Vaud	386'236.97	87'633.07	181'050.00	109'650.00			7'903.90		
SSP ch. extraordinaires BRIO*	14'540.00		14'540.00						
ARC	717'483.01	55'804.61	657'499.61				3'184.02	994.77	
Prestations facturées à des tiers et autres	288'781.35	7'894.29	5'500.00	300.00	208.20		560.00	268'318.86	6'000.00
Total revenus	2'761'011.33	381'331.97	1'088'559.61	446'050.00	65'008.20	127'500.00	132'247.92	469'313.63	51'000.00
Frais de personnel	557'198.84	261'633.42	271'802.99				4'016.80		19'745.63
Sous-traitance	1'749'301.96		772'540.48	352'540.13	105'298.30	33'276.65	117'874.85	366'915.55	856.00
Frais administratifs et financiers	187'878.69	52'486.34	21'190.79	16'739.65			4'759.03	89'826.48	2'876.40
Frais de locaux	78'552.10	30'695.66	20'644.20	8'251.20	3'324.00		5'597.24	7'200.00	2'839.80
Autres frais	46'729.15	36'516.55	2'381.15	1'167.85				5'371.60	1'292.00
Total des charges	2'619'660.74	381'331.97	1'088'559.61	378'698.83	108'622.30	33'276.65	132'247.92	469'313.63	27'609.83
Résultat	141'350.59			67'351.17	- 43'614.10	94'223.35			23'390.17

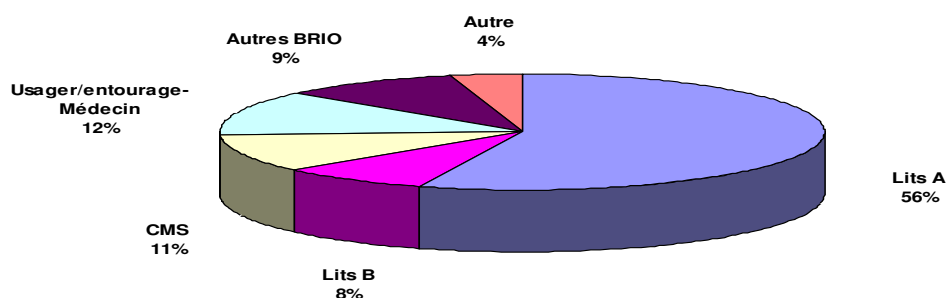
* Le financement extraordinaire du SSP et les contributions ARC ont été effectués en 2012, excepté le financement BRIO budgeté (CHF 657'499.61). Raison pour laquelle le total des recettes diffère de celui du rapport de l'organe de contrôle.

ANNEE 2011 - RAPPORT D'ACTIVITE

Outre l'entrée en fonction en juin d'une nouvelle coordinatrice, Mme Karine Delapierre, 2011 a été marquée par l'utilisation de la plateforme web BRIOCHE (outil informatique cantonal de l'orientation) par les infirmières de liaison hospitalières (IDL). L'utilisation commune d'un dossier informatisé induit un relevé harmonisé des données de transfert, et renforce la bonne collaboration entre les coordinatrices BRIO et les IDL.

Les données d'activité indiquent que, depuis 2007, les demandes d'hébergement (courts et longs séjours) ont augmenté. En 2011, les IDL hospitalières ont relevé en cours d'année dans la BRIOCHE les informations relatives aux transferts en CTR et au retour à domicile lors de prise en charge par un CMS. Les données autres que celles liées à l'hébergement en lit C ne reflètent donc que partiellement cette activité.

ARC-BRIO Provenance des demandes 2011



NB : Les demandes de transfert incluent l'intégralité des hébergements en EMS (court ou long séjour) et partiellement, les transferts en CTR ou les sorties à domicile avec prise en charge du CMS.

Orientation	2007	2008	2009	2010		2011*	
Total	1190	1273	1230	1268		2447	
Long séjour	596	661	657	609	48%	671	27.4%
Séjour d'observation				41	3%	32	1.3%
Court séjour	564	564	551	572	45%	581	23.7%
CTR*						822	33.6%
Domicile*						274	11.2%
Autres	30	48	22	46	4%	67	2.8%

Source : Brioche-Web

* CTR et domicile : données partielles

Les coordinatrices BRIO sont régulièrement sollicitées pour des rencontres avec les familles des requérants d'hébergement qui recherchent des informations. Ces dernières sont reçues dans les locaux de l'ARC qui ne sont malheureusement pas judicieusement adaptés pour ces séances d'information, mais il est essentiel que le BRIO réponde favorablement à ces demandes, ceci permettant d'optimiser l'orientation en fonction des besoins spécifiques des requérants d'hébergement. Ces entretiens personnalisés facilitent aussi la récolte de toutes les informations nécessaires, en particulier concernant les besoins en soins et assistance, mais aussi celles relatives au volet social (p. ex. allocation d'impotence, etc.). Grâce à cette étape, le BRIO peut constituer un dossier complet. Toutefois, le pan d'information et de coordination sociale devront être renforcés afin d'assurer, selon besoin, le suivi social une fois le transfert en EMS décidé. 2011 n'a malheureusement pas permis de pourvoir le poste d'assistant social disposant des compétences requises.

Les CMS sollicitent eux aussi de plus en plus régulièrement le BRIO pour des situations complexes. Cela entraîne de longs téléphones pour cibler les besoins et orienter au plus juste l'utilisateur, par exemple vers des structures intermédiaires ou des alternatives à l'hébergement (recensement encore largement incomplet).

Lors de retours à domicile impossibles, sur demande des partenaires ou lors de demande de prolongation de court séjour peu claire, une coordinatrice BRIO participe aux réunions de réseau sur site (professionnels et famille) afin d'évaluer la situation et d'aider, par l'apport de ses connaissances, à définir la prise en charge la plus adéquate pour la personne et son entourage.

Le document médico-social de transmission (DMST) contient fréquemment des données lacunaires ou erronées. Les coordinatrices BRIO doivent donc contrôler et rechercher les informations pour obtenir des précisions ne figurant pas sur les documents mais sont indispensables aux EMS afin que ces derniers puissent évaluer correctement les dossiers et assurer une prise en charge adéquate. Cela prend un temps important et cette nécessité n'est pas toujours comprise par les autres professionnels.

La collaboration BRIO-EMS demeure une activité importante. Comme l'année précédente, plusieurs EMS ont reçu la visite d'au moins une coordinatrice. Pour formaliser cette collaboration, un accord de collaboration a été élaboré et accepté par toutes les parties en décembre 2011. Le processus de signature se déroulera en 2012.

En 2011, les 17 lits de court séjour dédiés de la Fondation SILO ont été occupés à 94.1% (2010 : 90.8%) L'objectif de retour à domicile est atteint pour 88% des personnes, dont la moyenne d'âge est de 84 ans. L'étroite collaboration avec le BRIO a permis de résoudre au mieux les situations complexes. Pour sa part, le courts séjour placements d'urgence non planifiés (2 lits), intégrés au BRIO dès 2004, a continué à jouer un rôle-clé, le taux d'occupation s'élevant à 94.1% (2010 : 90.8%), alors que la durée moyenne de séjour est de 24.1 jours (2010 : 22.9).

Le manque de visibilité du BRIO a incité les réseaux à présenter conjointement cette activité au grand public lors du Comptoir suisse par un stand à l'«Espace Promotion Santé». Cela a été possible grâce à la prise en charge de l'organisation par le réseau ARCOS et la forte implication de professionnelles des BRIOs dans le groupe de travail de juin à août (7 séances d'environ 4 heures). Par la présence des IDL et des coordinatrices des différents BRIOs, ce stand a permis de mieux faire connaître cette activité au grand public et de répondre à des questions liées aux processus d'hébergement en EMS.

Dès fin 2010, à l'instar des autres IDL du canton, les IDL hospitalières de l'ARC utilisent la BRIOCHE. Cet élargissement régional et l'utilisation cantonale des données recensées à des fins statistiques, ont nécessité des rencontres afin d'harmoniser les pratiques et les modalités de recensement des informations. Cinq séances, dont trois avec les responsables opérationnels cantonaux du développement de la BRIOCHE (réseau ARCOS), se sont déroulées dans les locaux de l'ARC. A cela

s'ajoute le soutien ponctuel et régulier des coordinatrices BRIO et/ou des professionnels « informatiques » d'ARCOS.

Ce relevé sur une base de données commune permettra d'établir des comparaisons intra- et inter-régionales. Toutefois, cela nécessite encore un travail important d'harmonisation et de (re)définitions. Un groupe de travail se penche depuis quelques années sur ces thèmes. En effet, l'activité des BRIOs s'est développée à partir des organisations régionales et, de ce fait, présente des différences de pratique. Une comparaison implique donc un grand travail de concertation et, parfois, des modifications organisationnelles régionales. Un groupe de travail cantonal (GT *Métiers*) s'y attelle depuis plusieurs années. Mme N. Fazan (coordinatrice BRIO), dès 2011, Mmes B. Gerber (IDL-GHOL) et A. Henry (IDL-EHC) participent à ces travaux. En 2011, le GT *Métiers* a tenu 11 séances d'environ 4 heures. Avant d'être mises en application, les modifications proposées par le GT *Métiers* doivent être validées par le COPIL *Orientation* cantonal. Une première concrétisation des travaux de ce GT, validée par le COPIL *Orientation* cantonal, est le document relatif à la priorisation de l'hébergement selon des critères d'urgence similaires (*NEPAL - Négociation Equitable des Priorités dans l'Attribution des Lits*), à appliquer dès le 1^{er} janvier 2012 annexe à l'avenant 2012 SSP-réseaux.

Parallèlement à ce développement de contenu et de procédure, la mise en œuvre du programme national de cybersanté a débuté selon l'agenda cantonal par le transfert électronique des données administratives du document médico-social de transmission (DMST) depuis et vers le BRIO. En 2011, le service de chirurgie du GHOL et la Fondation SILO-Château de Féchy appliquent ce mode de faire. La charge de travail administratif devrait à terme se maintenir au niveau actuel, voire diminuer. En outre, dès juillet 2011, un tableau de bord des hébergements en EMS et des transferts en CTR a pu être établi et transmis aux membres affiliés et au SSP.

2012 verra la poursuite de ces développements informatiques qui nécessiteront des adaptations aux procédures de travail quotidiennes. Cela ne résoudra pas le manque criant de lits C sur le réseau ARC. Cette situation rend le travail quotidien difficile car les futurs résidents et leurs proches perçoivent leur propre situation, souvent difficile, et ne comprennent pas la complexité du système médico-social. De plus, la nécessité de libérer des lits hospitaliers occupés à mauvais escient ou de sécuriser une prise en charge à domicile, engendre une forte pression pour un hébergement en EMS. Cela exige une forte empathie face aux incompréhensions des uns et des autres devant les difficultés à trouver rapidement un hébergement correspondant aux à la situation spécifique du futur résident.

Mireille Dubois

Rolle, avril 2012

ANNEXE 2bis

1. Types d'orientation par services placeurs

Remarque préliminaire : Les IDL ont relevé les données en cours d'année par conséquent les orientations en CTR et à domicile depuis les établissements hospitaliers ne reflètent pas la totalité de l'activité.

Type d'orientation / Service placeur	Long Séjour	Séjour d'observation	Court séjour	Court séjour planning	CTR	Lit non médicalisé	Appartement protégé	Toutes options ouvertes	Domicile	Autre	TOTAL
EHC lits A	73 11.9%	5 0.8%	28 4.5%	32 5.2%	475 77.3%			2 0.3%			615 100%
EHC lits B	96 73.3%	5 3.8%	6 4.6%	21 16.0%				2 1.5%	1 0.8%		131 100%
GHOL lits A	19 2.7%	9 1.3%	16 2.3%	47 6.7%	342 48.9%			28 4.0%	224 32.1%	14 2.0%	699 100%
GHOL lits B	1 1.8%		1 1.8%		2 3.6%			3 5.5%	48 87.3%		55 100%
Hôpital de Gimel	42 100%										42 100%
Hôpital psy. de Prangins	3 100%										3 100%
CTR Lavigny	5 100%										5 100%
CTR La Lignière	2 50.0%			1 25.0%	1 25.0%						4 100%
CMS ARC	77 29.2%	3 1.1%	78 29.5%	104 39.4%				2 0.8%			264 100%
Usager/entourage	98 41.4%	2 0.8%	50 21.1%	82 34.6%		1 0.4%	1 0.4%	3 1.3%			237 100%
Médecin traitant	8 12.3%	2 3.1%	23 35.4%	30 46.2%				1 1.5%	1 1.5%		65 100%
EMS	24 88.9%	1 3.7%						1 3.7%			27 100%
Autres BRIO	195 85.1%	5 2.2%	7 3.1%	21 9.2%	1 0.4%						229 100%
Autre	28 39.4%		14 19.7%	20 28.2%	1 1.4%	1 1.4%	1 1.4%	6 8.5%			71 100%
TOTAL	671 27.7%	32 1.3%	223 9.1%	358 14.6%	822 33.6%	2 0.1%	3 0.1%	48 2.0%	274 11.2%	14 0.6%	2447 100%

Source : Brioche-Web

2. Proportion des types d'issues par types d'orientation

Remarque préliminaire : Les IDL ont relevé les données en cours d'année par conséquent les orientations en CTR et à domicile depuis les établissements hospitaliers ne reflètent pas la totalité de l'activité.

Types d'orientations \ Issues	Appartement protégé	Court séjour	CTR (lit B)	Décès avant orientation	Demande retirée	Domicile	Lit non médicalisé	Hospitalisation (lit A)	Long séjour / séjour d'observation	Non applicable / prestation de conseil	Nouvelle demande	Séjour d'observation	Sans indication	TOTAL
Long séjour	1 0.2%	2 0.3%	7 1.0%	39 5.8%	200 29.8%	6 0.9%	4 0.6%	56 8.3%	313 46.7%	8 1.2%	33 4.9%	2 0.3%		671 100%
Séjour d'observation		2 6.2%	1 3.1%		10 31.3%	2 6.2%		2 6.2%	11 34.5%		1 3.1%	3 9.4%		32 100%
Court séjour		481 82.7%	6 1.0%	6 1.0%	70 12.1%	1 0.2%		14 2.4%		1 0.2%		1 0.2%	1 0.2%	581 100%
CTR		2 0.2%	690 84.0%	12 1.5%	16 1.9%	84 10.2%		7 0.8%	4 0.5%		7 0.9%			822 100%
Lit non médicalisé							2 100%							2 100%
Appartement protégé					1 33.3%					2 66.7%				3 100%
Domicile			7 2.5%	3 1.1%		261 95.2%		1 0.4%	1 0.4%	1 0.4%				274 100%
Toutes options ouvertes		1 2.1%	3 6.3%	6 12.5%	2 4.2%	21 43.7%		5 10.4%	7 14.5%	3 6.3%				48 100%
Autre			5 35.7%	3 21.4%		6 42.9%								14 100%
TOTAL	1 0%	488 19.9%	719 29.4%	69 2.8%	299 12.2%	381 15.6%	6 0.3%	85 3.5%	336 13.7%	15 0.6%	41 1.7%	6 0.3%	1 0%	2447 100%

Source : Brioches-Web

3. Proportion des types de missions pour les placements LS/SO effectués en 2011

<i>Types de missions</i>	<i>Ratios</i>
Gériatrie	67.4%
Psychogériatrie	26.7%
Psychiatrie	5.3%
Autre	0.6%
TOTAL	100%

Source : Brioche-Web

4. Données des courts séjours planning (Lits dédiés : 17 lits Féchy)

EMS	2010		2011	
	Total	Moyenne mensuelle	Total	Moyenne mensuelle
Nombre de journées réalisées	5318	443.17	5279	439.92
Nombre de journées possibles	6205	517.08	6205	517.08
Taux d'occupation des lits		85.71%		85.08%
Durée moyenne de séjours (achevés sur la période) en jours		17.85		19.52
Age moyen des usagers au moment de l'entrée		83.96		83.8

Provenance des entrées	293	100.00%	268	100.00%
Hôpital de soins aigus	70	23.89%	73	27.24%
CTR	18	6.14%	23	8.58%
Domicile	203	69.28%	170	63.43%
Court séjour			2	0.75%

Destination des sorties	292	100.00%	275	100.00%
Domicile	256	87.67%	238	86.55%
Décès avant orientation	3	1.03%	1	0.36%
Court séjour	2	0.68%	0	0.00%
Long séjour	10	3.42%	4	1.45%
Hôpital de soins aigus	10	3.42%	13	4.73%
CTR	11	3.77%	19	6.91%

Source : Brioche-Web

ANNEXE 2ter

Fondation du Midi

LITS COURTS SEJOURS NON PLANIFIES

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Disponibilités (2 lits x 365 jours)	730	730	730	730	730	730
Taux d'occupation (%)	86	94.2	91.9	85.2	90.8	94.1
Nombre de bénéficiaires	36	32	32	33	29	28
Durée moyenne du séjour	17.3	21.2	20.7	18.9	22.9	24.5

Source : Fondation du Midi

Ce tableau montre que ces lits, gérés par le BRIO, sont très prisés et donc répondent bien aux besoins en urgences médico-sociales.



CELLULE **HYGIÈNE, PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE L'INFECTION**

ANNÉE 2011 - RAPPORT D'ACTIVITÉ

Activités principales

- *Surveillance de la vaccination contre la grippe saisonnière*
- *Gestion de la commande et de la distribution des vaccins contre la grippe saisonnière dans la région ouest*
- *Surveillance de la consommation de solution hydro-alcoolique (SHA)*
- *Participation à l'enquête MRSA*
- *Permanence téléphonique*
- *Formations*
- *Réunions de la cellule*

Surveillance de la vaccination contre la grippe saisonnière 2010-2011

Envoi du questionnaire, recueil des données et transmission de celles-ci à l'Unité Cantonale.
Taux de participation : 92 %.

EMS	Taux de vaccination	
	ARC	Canton
résidents	82.65 %	83.90 %
personnel	41.00 %	36.20%

Distribution des vaccins contre la grippe saisonnière 2011-2012

Distribution des vaccins dans les institutions ayant transmis leurs taux de vaccination du personnel pour la saison 2010-2011.

Surveillance de la consommation de SHA 2010

Envoi du questionnaire, recueil des données et transmission de celles-ci à l'Unité Cantonale.

	Canton	ARC
Nombre de désinfections des mains/résident/jour	2.60	1.60

Il est à noter que le taux de participation à la surveillance de la consommation de SHA a été très bas cette année : 66%.

De plus, 3 institutions ayant répondu, soit 16%, sont à mission psychiatrique et de ce fait utilisent moins de SHA.

La journée mondiale de l'hygiène des mains du 5.5.2012 sera l'occasion de démarrer une campagne cantonale pour augmenter la compliance à l'hygiène des mains.

Le personnel des institutions de soins du groupe contrôle de l'enquête MRSA a été formé aux Précautions standard durant le deuxième semestre 2011, mis à part une institution.

Participation à l'enquête MRSA

Janvier-novembre 2011 : suivi des résidents

Juillet – décembre 2011: prélèvements fin d'enquête

N° ID EMS	GROUPE	LITS C	Prélèvements effectués	Suivi des résidents / mise à jour fichier
422	contrôle	62	62	4x par tél
419	action	48	41	4x par tél.
418	contrôle	80	68	4x par tél.
423	action	24	20	4x par tél.
403	contrôle	34	17	4x par tél.
417	action	50	22	4x par tél.
407	action	20	19	4x par tél.
402	contrôle	32	27	4x par tél.
409	contrôle	14	14	4x par tél.
406	contrôle	22	21	4x par tél.
412	contrôle	20	18	4x par tél.
415	action	49	47	4x par tél.
414	action	30	22	4x par tél.
424	nul	36	20	Pas de contrôle durant l'année d'enquête
421	action	24	23	4x par tél.

Les prélèvements consistent à passer un écouvillon dans les plis inguinaux et un autre dans les narines des résidents acceptant de participer à l'enquête. En présence de plaie, un frottis supplémentaire est effectué. Les porteurs de cathéter urinaire bénéficient d'un prélèvement d'urines.

Le numéro d'enquête relié à chaque résident et aux prélèvements est apposé sur le questionnaire de fin d'enquête et celui-ci est rempli à l'avance en fonction des données transmises par les EMS complétées avec les données recueillies par les soins de l'infirmière HPCI durant l'année d'enquête.

Les résidents n'ayant pas participé à la première phase mais acceptant d'être inclus en fin d'enquête se voient attribuer un nouveau numéro qui sera reporté sur un questionnaire début d'enquête et sur un questionnaire fin d'enquête.

La journée d'enquête se passe de la façon suivante :

- Prélèvements
- Vérification des questionnaires avec une infirmière de l'institution
- Reprise de tout le matériel d'enquête dans les institutions
- Acheminement des prélèvements au laboratoire du CHUV
- Acheminement des questionnaires vers l'unité cantonale

Durant l'année 2011, l'infirmière HPCI a contacté régulièrement les institutions de sa région engagées dans l'enquête MRSA afin de mettre à jour son fichier de suivi des résidents et de motiver les équipes.

Elle est restée à disposition pour toute aide et complément d'information.

Les questionnaires des nouveaux résidents sont remplis par les infirmières des EMS. La Drsse Petignat envoie régulièrement des formulaires mal remplis et l'infirmière HPCI se charge de contacter les institutions afin de compléter ceux-ci.

Permanence téléphonique / contacts mail

En 2011 la permanence téléphonique et informatique a permis à la CHyPCI de gérer de nombreuses demandes des institutions de la région (42 appels tél. et 300 mails). Le plus grand nombre de contacts concerne l'enquête MRSA et la prise en charge des résidents en cours d'enquête.

Les autres demandes concernent :

1. les vaccins contre la grippe saisonnière
2. les annonces d'épidémies de gastro-entérites à Norovirus
3. Staph doré : 2
4. ESBL : 2
5. Acinetobacter et entérocoques sur broche : 1
6. K.Pneumoniae résistant : 1
7. VRE : 2
8. Système clos urinaire: 1
9. Sonde sus-pubienne : 2
10. Sonde vésicale à demeure 100% silicone : 1
11. Épidémie bronchite : 1
12. Épidémie diarrhées : 1
13. Vaccins grippe
14. Nettoyage-désinfection pierre polissage soins de pieds : 1
15. Directive intoxication alimentaire : 1
16. Inscriptions cours

Cette permanence permet également de dispatcher les informations émanant de l'Unité Cantonale vers les différents acteurs concernés.

Formations

- formation des nouveaux répondants :
Mme Cécile Sordet a assuré la formation de 14 répondants en hygiène pour la région, en collaboration avec l'Institut et Haute Ecole de la Santé-La Source. La remise des diplômes a été organisée en décembre 2011.
- formation des répondants :
 - 3 réunions
 - 16 participants au total
- cours gastro-entérites : présenté par le Dr Petignat- organisé par la cellule
 - taux de participation : 28 participants dont 40 % de la région ARC
 - très bonne appréciation des participants
- cours grippe saisonnière : présenté par le Dr Petignat- organisé par la cellule
 - taux de participation : 20 participants dont 25% de la région ARC
 - très bonne appréciation des participants
- cours PS et MA : auprès des groupes contrôle de l'enquête MRSA

Réunions de la cellule

8 réunions ont eu lieu en 2011.

Celles-ci réunissent des membres volontaires de la cellule d'hygiène régionale. Elles sont l'occasion de transmettre les informations venant de l'Unité Cantonale et des institutions de soins représentées.

Thèmes principaux abordés :

- Enquête MRSA 2010
- Formation des répondants dans la région ouest
- Epidémies dans la région : norovirus
- Journée hygiène des mains

Divers

- Journée mondiale de l'hygiène des mains.
- Projet Tryptique : pas de participation cette année étant donné l'emploi du temps chargé de l'infirmière HPCI (formation à Espace Compétences et enquête MRSA)
- « Hygiène en cuisine » suite à une demande de deux institutions de la région.
- Formation d'experte en prévention des infections et en hygiène hospitalière : l'infirmière référente de la cellule d'hygiène consacre en moyenne 4 jours par mois à sa formation d'experte. Durant cette période, elle a présenté 3 examens qu'elle a réussis, ainsi que son examen de stérilisation niveau I.
- A cela s'ajoutent la participation aux forums (une fois par mois), à la Journée Romande d'Hygiène, ainsi qu'un stage effectué à la Clinique Bois-Cerf.

Brigitte van der Kaa

Coordinatrice

Rolle, avril 2012



Année 2011 - Rapport d'activité

Les faits marquants

Les prestations de l'EMSP de l'ARC en 2011 confirment la montée en charge de l'année précédente. Cette équipe est intervenue auprès de tous les partenaires du réseau de l'ARC, que ce soit dans les milieux hospitaliers (lits A et B), que dans celui des EMS, des soins à domicile et des institutions socio-éducatives. Durant cette année, 276 visites ont été effectuées. Les offres de formations se sont diversifiées et renforcées, 986 professionnels du réseau ont pu suivre des actions de formation.

Trois réunions du COPIL EMSP ARC ont eu lieu, favorisant la bonne articulation avec le programme cantonal de soins palliatifs au sein du réseau, permettant ainsi de répondre à d'éventuels nouveaux besoins des partenaires.

Les prestations offertes durant l'année 2011 ont permis d'atteindre les objectifs qui avaient été fixés, les liens avec les professionnels de la 1^{ère} ligne se trouvent à ce jour renforcés et personnalisés.

Les objectifs 2011 annoncés ont été réalisés. Le Dr. Nathalie Rham a été engagé à 40%. L'augmentation des demandes des EMS souhaitée est effective, 17% (10% en 2010). L'EMSP a rencontré les médecins des deux régions de la Côte. La systématisation du monitoring des activités de l'EMSP est maintenant effective, permettant une analyse pertinente. L'organisation du financement des situations en cas de crises en EMS a été réalisée, la démarche se poursuit en 2012. A relever que le projet Le Signal a été momentanément suspendu par le SSP.

Activités cliniques

203 patients ont été suivis

156 nouveaux patients

44% des patients sont âgés de plus de 80 ans.

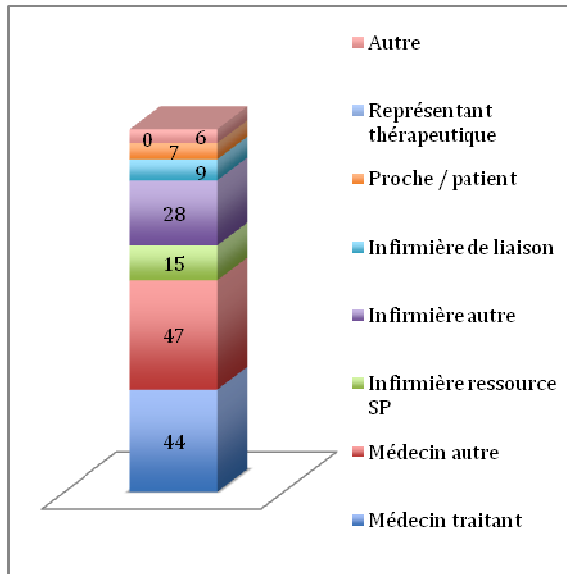
1481 téléphones ont été réalisés

73% des patients ont un diagnostic oncologique

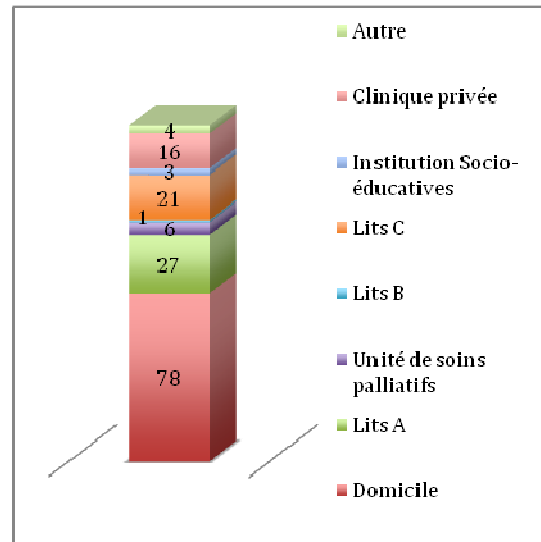
376 visites ont été effectuées

Demandes : 50% des patients se trouvent à domicile au moment de la 1^{ère} demande
58% des demandes sont exprimées par les médecins de la région

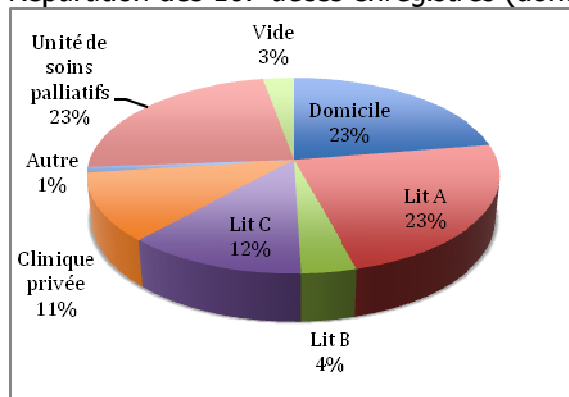
Profession des demandeurs



Localisation des patients lors de la demande



Répartition des 107 décès enregistrés (dont 23% décès à domicile)



Activités de formation et d'enseignement

Parmi les actions de formation, notons que les échelles d'évaluation de la douleur ont été enseignées auprès de 6 équipes (EMS ; Lits B ; Lits A) ; un Atelier sur les directives anticipées a été suivi par 54 professionnels du réseau (lits A – B - C et soins à domicile); deux Fondations ont bénéficiés de la formation de sensibilisation en SP pour les EMS ; les médecins des régions de Morges et Nyon ont été rencontrés ; l'EMSP a accueilli à nouveau 3 groupes d'étudiants en médecine de 4^{ème} année avec participation à 4 cours blocs ; organisation de 4 ateliers pour les personnes ressources en soins palliatifs (21 personnes formées) ; intervention du Dr. Moynier lors des 2 journées Nationales des Soins Palliatifs à Lausanne ; 986 professionnels du réseau ont bénéficié des diverses actions de formation prodiguée par l'EMSP.

Budget

Comme pour les années précédentes, le projet de l'EMSP de la Côte a bénéficié d'un subventionnement cantonal qui couvre l'ensemble des charges du projet. Notons que les prestations de l'EMSP sont gratuites pour les patients et les équipes qui en font appel. De plus, le budget 2011 a été largement respecté.

Objectifs 2012

- Renforcer l'EMSP par une augmentation des EPT pour les postes infirmiers, 1.6EPT
- Identification des facteurs favorisant le lieu de décès des patients
- Poursuite du plan de formation pour la 1^{ère} ligne par une offre ciblée
- Mise en place du Label qualité de Palliative.ch
- Poursuite du projet financement des situations en cas de crises en EMS
- Pérennisation des prestations de l'EMSP, selon le calendrier de la nouvelle législature 2012-2017

Françoise Laurent
Cheffe de projet

Aubonne, avril 2012



ANNÉE 2011 - RAPPORT D'ACTIVITÉ

But :

Optimiser la prise en charge des patients diabétiques, grâce à une filière pluridisciplinaire organisée sur la collaboration, la coordination des prestations et le partage d'informations entre tous les partenaires de soins.

1. Renforcement de la collaboration avec les médecins de premier recours (MPR)

L'équipe *Diabaide* a continué à mettre sur pied les rencontres « Midi-Pratique ». Ces rencontres avec les MPR de la région ont pu avoir lieu à 4 reprises cette année. Elles sont animées par un des médecins de la filière, ainsi qu'une personne de l'équipe paramédicale.

Lors de ces rencontres, un thème lié au diabète, prédéfini à l'avance, est abordé. Ces rencontres donnent surtout aux MPR la possibilité d'évoquer leurs besoins par rapport à la filière, de poser des questions relatives à leur patientèle diabétique.

Ces rencontres donnent l'opportunité à l'équipe *Diabaide* de promouvoir la filière, d'en préciser ses activités et de tenter d'y intégrer d'autres MPR. Il est, en effet, essentiel que ces derniers s'approprient cette filière de soins qui est la leur. Le but étant toujours de se distancer au maximum d'une image de prestataires de soins pour entrer dans une philosophie de filière coordonnée.

Par ailleurs, Dr Delgado et Dresse N'Guyen Howles ont rencontré les médecins du cercle de qualité de Nyon afin de renforcer la collaboration, dans un esprit de confiance et d'assurer leur formation continue en diabétologie.

L'objectif 2011 était d'avoir 50 MPR participant activement à la filière. En 2011, 91 médecins dont 53 sont de nouveaux médecins envoyeurs. Ce chiffre est prometteur.

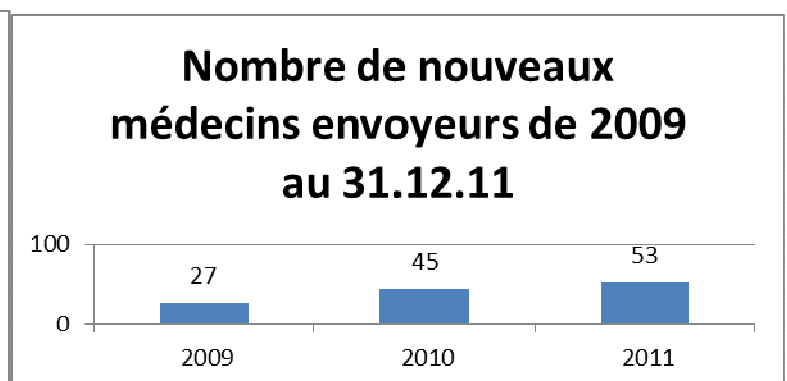
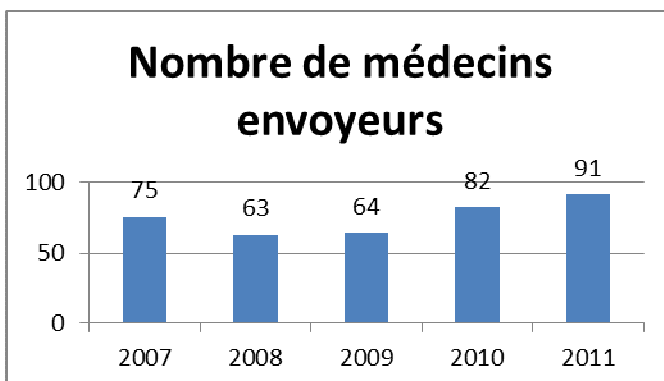
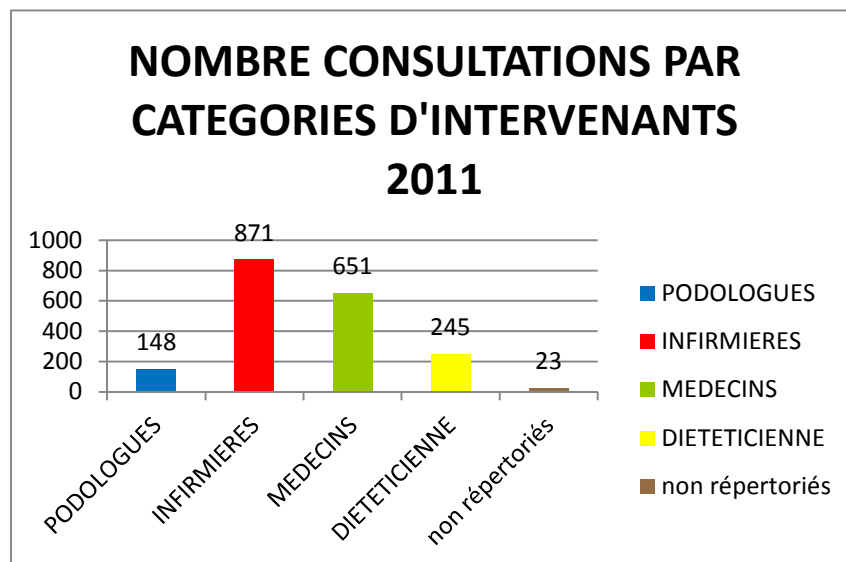
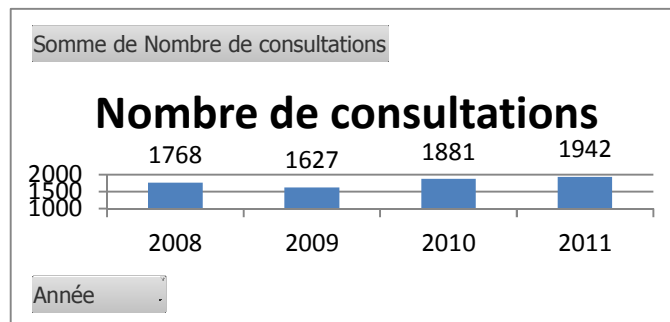
2. Développement et diversification de l'activité de la consultation

L'équipe *Diabaide* est en train de développer différents projets visant des publics-cible divers. Plusieurs projets ont abouti et, vu leur ampleur ou le succès rencontré, demeurent les objectifs de l'année 2012. Voici ce qui a été effectué en 2011 :

- **Les journées d'éducation thérapeutique** : En 2011, se sont déroulées 4 journées ambulatoires d'éducation thérapeutique en groupe, avec en moyenne 12 patients, parfois accompagnés de leur conjoint. Les évaluations faites par ces patients ont montré une totale satisfaction. 4 journées de ce type sont déjà planifiées pour 2012. Les thèmes seront développés dans la Fiche de Projet 2012.
- **Glucosensor** : Dans le développement des prestations cliniques, les prestations ont été optimisées avec l'achat d'un 2^{ème} capteur de glycémie en continu. Nous avons comptabilisé, en 2011, 16 poses de Glucosensor (et 12 en 2010). Ce processus recueille une bonne réponse de MPR de la région.
- **Dosage de l'HbA1c** : Dans le but d'éviter les examens exécutés à double les patients ont toujours la possibilité de doser leur taux d'HbA1c directement au cabinet, cela permet de réduire le temps d'inertie thérapeutique ainsi que les surcoûts. Ceci est très apprécié par les médecins de la région.
- Par le biais du **dossier informatisé**, un rapport de consultation est systématiquement envoyé au MPR dans le but de renforcer le travail de réseau et dans le souci de l'informer des décisions thérapeutiques prises pour son patient, le MPR devant rester le « chef d'orchestre ». L'équipe *Diabaide* promet ainsi le contrôle des coûts.

3. Activité de la consultation sur tous les sites

En 2011, sur les 350 patients attendus, **432 patients ont été suivis par la filière Diabaide**. Cela signifie une **augmentation de 18,6 % par rapport à 2010** et correspond à 1942 consultations effectuées en 2011 au sein de la filière. Ces chiffres prouvent la bonne santé de la filière *Diabaide*, montrent que cette dernière est appréciée et de mieux en mieux utilisée par les membres du réseau. En effet, 53 nouveaux médecins de la région ont envoyé leurs patients consulter à *Diabaide*.



4. Collaboration avec le Programme cantonal Diabète (PcD)

Le directeur médical de la filière, Dr Delgado et la coordinatrice, Mme Ferro, ont rencontré Mme Jaggi et M. Matthys, respectivement coordinatrice PcD et secrétaire général du réseau ASCOR, dans le but de partager leurs expériences concernant la prise en charge des patients diabétiques et d'harmoniser leur suivi.

Mme Kehl, coordinatrice régionale du PcD - ARC est régulièrement conviée aux colloques et a offert sa collaboration lors d'une journée ambulatoire d'éducation thérapeutique. Mme Kehl informe l'équipe *Diabaide* des avancées du PcD.

Le 1^{er} forum régional du PcD du 1^{er} décembre 2011 à Rolle a permis d'asseoir la collaboration entre *Diabaide* et le PcD. Il a été une façon de promouvoir encore la filière dans la région.

Le PcD ayant pour mission d'harmoniser les projets liés à la diabétologie dans le canton de Vaud, trois intervenants, à savoir une diététicienne, une infirmière et un médecin, ont adressé leurs feuilles de route au PcD. Les projets présentés concernent les thèmes suivants :

- Intervention d'une psychologue dans des cas supposés de troubles du comportement alimentaire chez les patients diabétiques.
- Création d'un groupe pilote de MPR pour partager davantage les informations du dossier informatisé des patients.
- En collaboration avec l'Association Vaudoise du Diabète (AVD), *Diabaide* a participé à la création et au déroulement du premier groupe d'accompagnement thérapeutique avec l'approche « Stanford ».

5. Autres collaborations

Une rencontre avec la représentante des pharmaciens a été effectuée afin de connaître les besoins de ces professionnels dans la perspective d'approfondir la collaboration et d'organiser une première réunion avec tous les pharmaciens impliqués dans la région.

Une collaboration avec *Pôle-Plaies* (EHC) est en cours afin d'optimiser et de donner une réponse rapide aux situations de pieds diabétiques à haut risque. Cette collaboration sera formalisée durant 2012 avec l'EHC-Hôpital de Morges.

6. Assureurs-maladie

Les consultations interdisciplinaires sont financées selon deux modes, soit par des forfaits différenciés incluant les prestations de podologies soit selon la tarification Tarmed. Depuis 2007, les trois groupes d'assureurs *Helsana*, *Groupe Mutuel* et *CSS* ont conclu une convention avec l'ARC et financent les prestations de leurs assurés selon la modalité des forfaits. En 2011, deux rencontres ont permis d'améliorer l'échange d'informations et la collaboration.

Afin de ne pas pénaliser la patientèle assurée auprès d'autres assurances, les prestations de podologie sont financées par *Diabaide*.

7. Dotation en personnel

2011 a connu quelques mouvements. En effet, tant au sein de l'équipe médicale et paramédicale que la coordination ont connu des périodes de vacances de poste de changements de personnes. La dotation est de 0.5 EPT pour les médecins. Celle des infirmières spécialisées en diabétologie a augmenté de 0.6 EPT à 0.8 EPT et celle des podologues de 0.05 à 0.1 EPT.

La coordination de *Diabaide* a été assurée à 40% par Mme Corinne Dutruy-Chenau jusqu'au 30 juin et dès le 1^{er} juillet par Mme Anne Ferro.

Parallèlement à cela, l'organigramme et les cahiers des charges des différents intervenants administratifs ont été précisés

Anne FERRO
Coordinatrice *Diabaide*

Dr Humberto Delgado
Directeur médical *Diabaide*

Aubonne, le 26 mars 2012



ANNÉE 2011 - RAPPORT D'ACTIVITÉ

Remarque préliminaire :

La coordinatrice régionale est entrée en fonction au 1^{er} août 2011 à un taux d'activité de 20%. Les activités déployées couvrent donc la période d'août à décembre 2011.

1. Organisation du Forum

L'activité durant cette période s'est concentrée principalement sur l'organisation du premier forum régional qui s'est déroulé le 1^{er} décembre 2011 à Rolle. Ce forum régional, à l'instar des autres forums régionaux, a été établi sous la supervision du programme cantonal. Le PcD étant dans sa première année d'activité, l'organisation de ce forum a nécessité de nombreux réajustements en cours de mise sur pied. En plus des tâches usuelles liées à cette activité, un temps important a été dévolu à la création d'une liste d'adresses des professionnels impliqués dans la prise en charge du diabète. Le secrétariat de l'ARC a contribué à la logistique.

2. Coordination entre le PcD, le réseau de soins ARC et la filière de soins Diabaide

Il s'agit principalement d'assurer la transmission d'informations, des besoins et des attentes de chaque structure. Pour *Diabaide*, la participation aux colloques de la filière et aux COPILS s'est avérée le plus efficace.

3. Identification des professionnels du terrain et prise de contact et suivi des contacts

Actuellement cette tâche a débuté par la création d'une liste d'adresses des professionnels actifs dans la région pour le forum régional. Des prises de contact personnelles n'ont pas encore pu être réalisées à ce jour avec d'autres soignants que ceux de l'équipe de *Diabaide*.

4. Administratif

Cette tâche a pris plus d'ampleur sur la fin de l'année 2011, notamment pour les rapports d'activité, celui du forum à l'intention des sponsors, ainsi que l'élaboration de l'avenant 2012.

5. Nouveaux projets

Une évaluation de faisabilité d'une formation pluridisciplinaire certifiante (type CAS) pour les soignants est en cours.

6. Les attentes et besoins des professionnels du terrain

Les discussions menées dans le focus-group de la région Ouest avaient permis de mettre en évidence certaines problématiques pour lesquelles les soignants ont des attentes en terme d'améliorations à apporter:

- un manque d'information sur les structures et les professionnels intervenant dans la prise en charge de la maladie,
- une difficulté à gérer les informations concernant les patients,
- une mauvaise circulation des informations.

La table ronde organisée durant le forum a également permis de dégager quelques éléments, le principal étant d'améliorer la communication et la collaboration avec l'équipe de *Diabaide* et les autres soignants.

Corinne Kehl

Coordinatrice régionale PcD- ARC

Rolle, le 8 février 2012