



Réseau Santé  
RÉGION LAUSANNE

« DOCTEUR, JE RENTRE.... »

18.01.2024

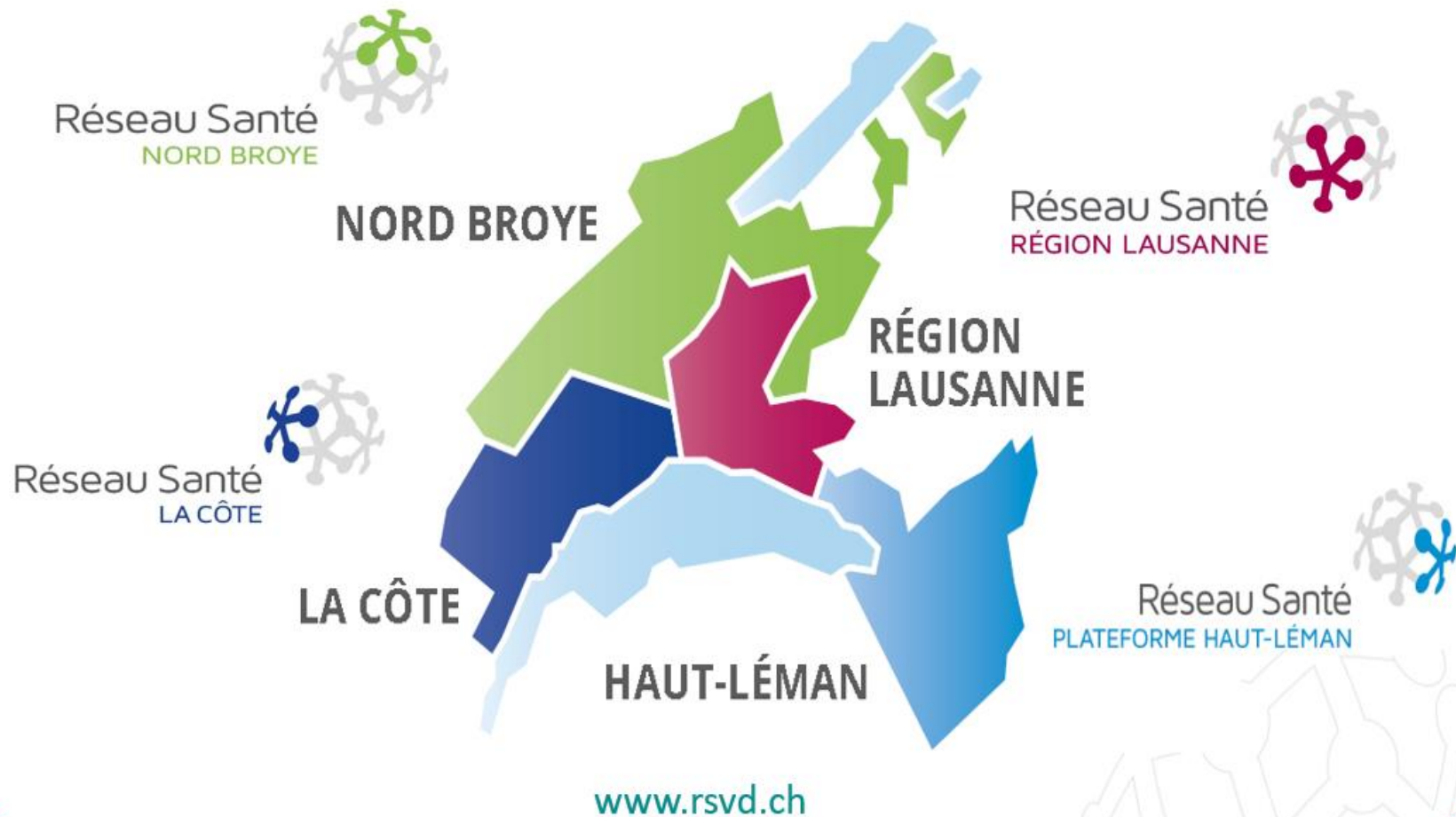
Nataliya Tanasova  
Responsable du BRIO RSRL

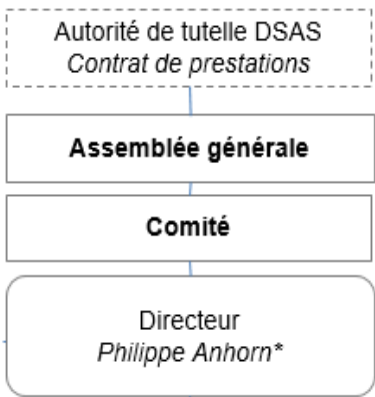


# BRIO RSRL



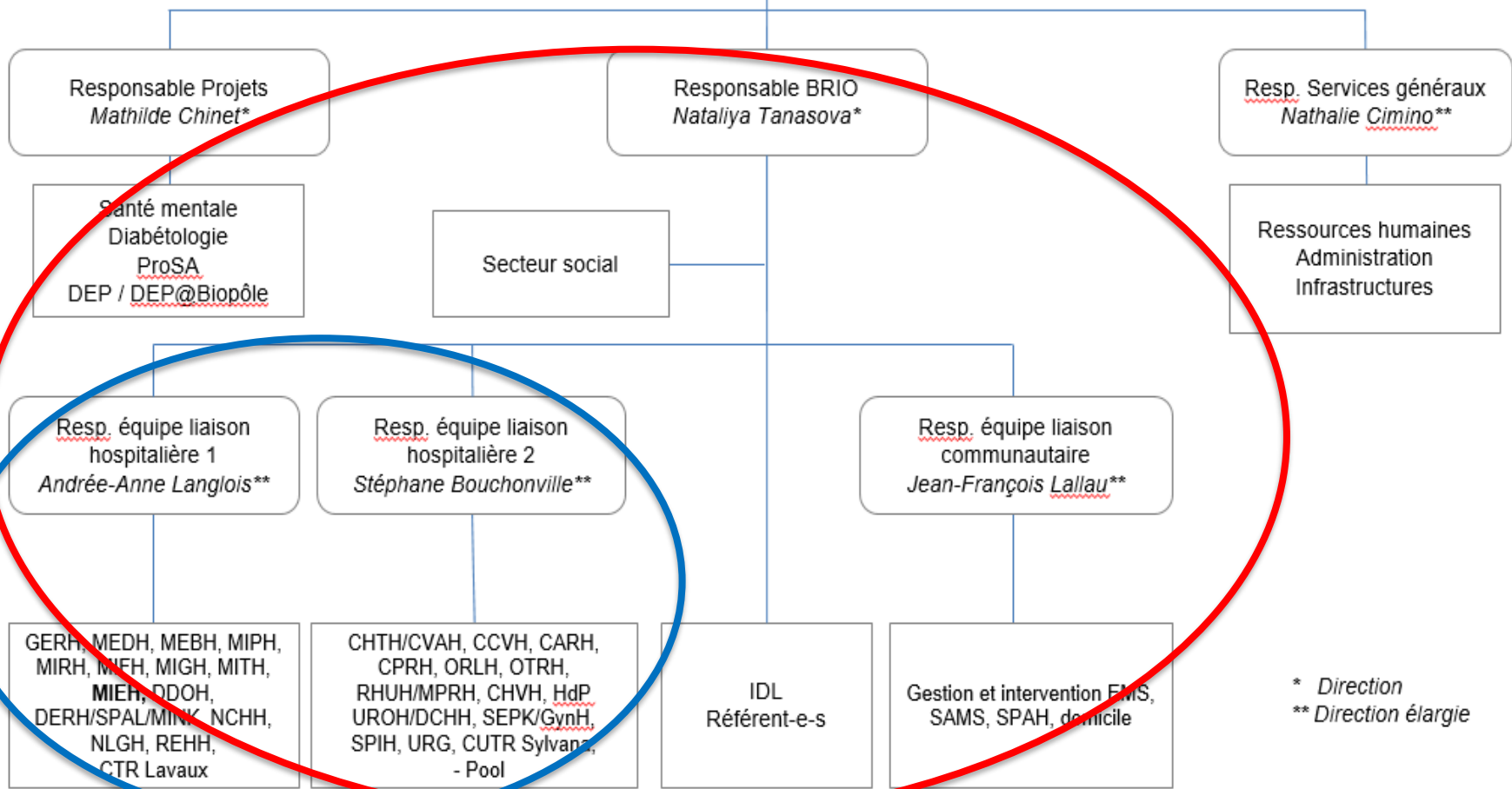
# LES RÉSEAUX AUJOURD'HUI





Systèmes d'information  
(SI-CORES)

**Mandats :**  
Médecin conseil  
Fiduciaire  
Unisanté (compta/salaires)  
AVASAD  
(CCT/informatique/téléphonie)



\* Direction  
\*\* Direction élargie

# LIAISON HOSPITALIÈRE

- ~ 30 services de soins aigus au CHUV
- 4 CTR (y c. Sylvana et Lavaux)
- 50 collaborat.eur.rice.s



# RÔLE DES IDL AU SEIN DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES

- Centralisation et diffusion des informations sur les prestations offertes par les membres et partenaires du réseau de santé
- Orientation des usagers dans le système de santé
- Accompagnement des usagers dans la réalisation de leur(s) projet(s)
- Coordination entre les institutions et les prestataires de soins
- Advocacy



# Q1: QUI VALIDE LE PROJET ET LA DATE DE LA SORTIE DE L'HÔPITAL?

- IDL
- Médecin
- Binôme infirmier.ère de l'unité de soins – médecin
- Patient



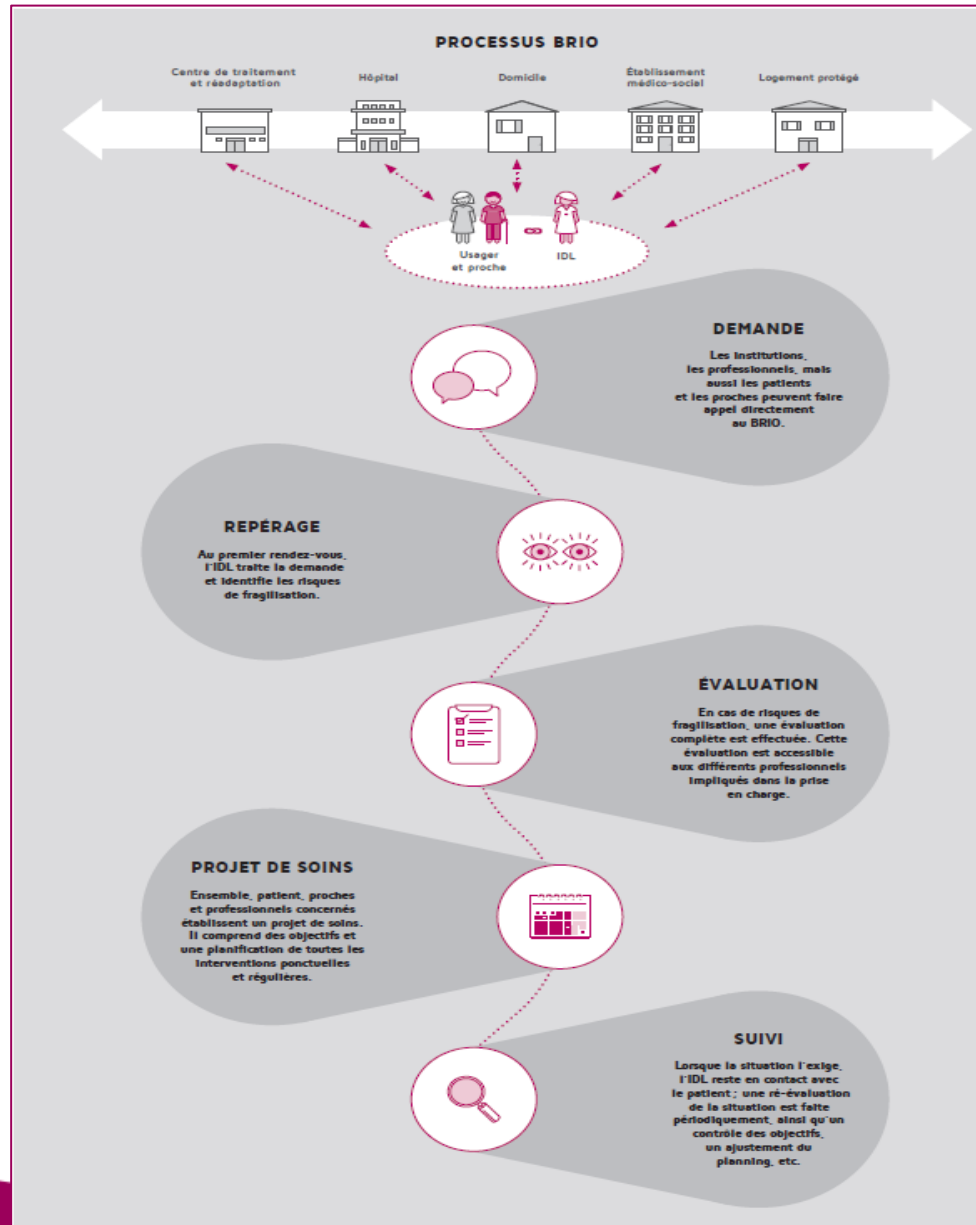
# LE RÔLE DE L'IDL DANS LA PRÉPARATION DE LA SORTIE DE L'HÔPITAL

- **Evaluation** de la situation: entretien avec le patient à l'entrée
- Prise de contact avec le réseau primaire et secondaire
- Proposition de **projet** et sa validation par le patient et/ou son entourage (advocacy)
- Discussion du projet avec les autres professionnels
- Préparation des documents de sortie (DMST)
- **Suivi**





# PROCESSUS BRIO



## Q2: QUI EST RESPONSABLE DE L'ENVOI DES DOCUMENTS DE SORTIE AUX MÉDECINS-TRAITANTS?

- Infirmier.ère de l'unité de soins
- IDL
- Médecin – référent de la PC à l'hôpital
- Secrétaire de l'unité de soins



## «...SORTIE DE PATIENT COMPLEXE»

«Le terme complexité qualifie la situation d'un patient pour lequel la prise de décision clinique et les processus liés aux soins ne peuvent être, ni de routine, ni standard. Une **situation complexe** peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques est susceptible de perturber ou de remettre en cause la PC d'un patient, voire d'aggraver son état de santé. Le patient se trouve ainsi exposé à un risque accru d'hospitalisation non-programmée et de ruptures dans son parcours».

(HAS, France, 2014)

# DAC: DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT ET DE COORDINATION DES **PARCOURS COMPLEXES**

- Dispositif cantonal, mis en œuvre par les RSVD, visant à favoriser le maintien à domicile des usagers en situation médico-sociale complexe.
- Intervention dans les situations non standards qui nécessitent de sortir du cadre de PC habituel.
- Recherche d'une solution par la connaissance pointue des ressources régionales et cantonales ainsi que de la souplesse du système.



# DAC: CRITÈRES D'INCLUSION

- Age: 18 ans ou plus;
- Géographique: situé sur le réseau;
- Projet: maintien à domicile;
- Consentement de la personne et/ou de son proche aidant;
- Critères de complexité atteints: utilisation de l'échelle COMID.



# NOUS CONTACTER

- Demandes de suivi des situations complexes à envoyer à:

[dac@rsrl.ch](mailto:dac@rsrl.ch)

- Pour toute autre question / BRIO:

021 341 72 50

- Nataliya Tanasova:

021 341 72 30



**MERCI DE  
VOTRE  
ATTENTION**







Comment ils ont  
décidé ma sortie ? Et  
puis mes  
médicaments vous y  
comprenez quelque  
chose ?

**FCMPA- 18.01.2024**

Henri Perrin, médecin assistant, CHUV



# Vignette clinique

---

Mr B, Homme, 85 ans

Antécédents :

- Troubles cognitifs mineurs, d'origine vasculaire et neurodégénérative
- Trouble de la marche et de l'équilibre d'origine multifactorielle
- Polyneuropathie des membres inférieurs d'origine X ( 2015)
- Cardiopathie ischémique stable avec angioplastie en 1996 et 2005 ( stent sur IVA)
- AOMI, stade IIB à gauche
- Hypoacousie non appareillée
- Syndrome prostatique bénin, incontinence partielle
- Dyslipidémie
- Maladie de Dupuytren main G
- Troubles de la déglutition

Traitements habituels :

- TEBOKAN cpr pell 240 mg 60 pce; (1-0-0-0)
- DONEPEZIL Mepha Lactab 10 mg 100 pce; (0-0-1-0)
- ASPIRINE CARDIO cpr pell 100 mg 98 pce; (1-0-0-0)
- SIMVASTATIN Mepha Lactab 40 mg 100 pce; (0-0-1-0)
- ESCITALOPRAM Mepha Lactab 10 mg 98 pce; (1-0-0-0), 1 cp le matin
- VITAMIN D3 Spirig HC caps 800 UI 90 pce; (1-0-0-0), 1 csps le matin

Contexte :

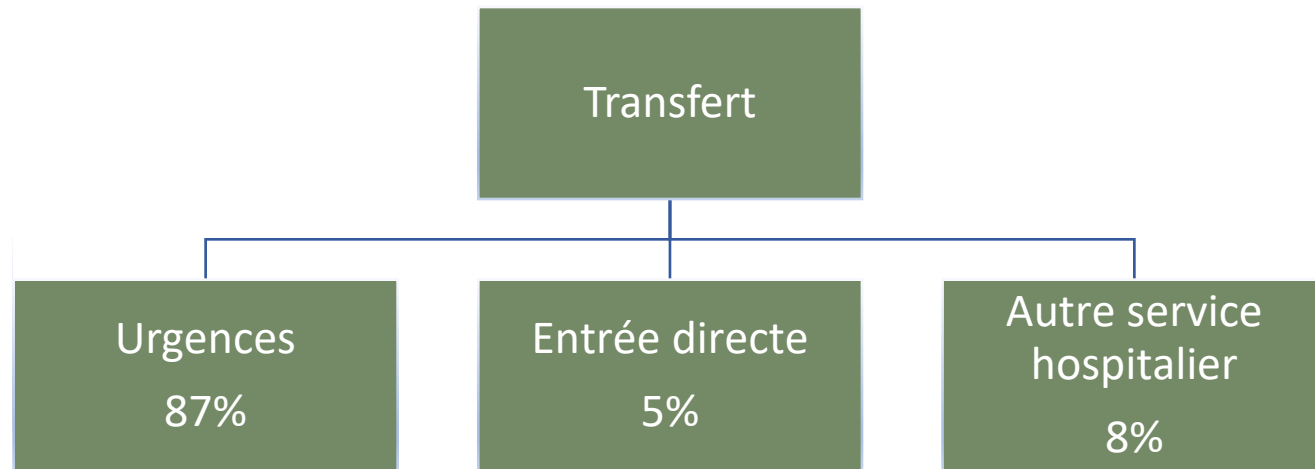
- Infection communautaire à Sars-CoV2
- Troubles de la marche et de l'équilibre avec chute acutisés dans le contexte infectieux



# Entrée – Gériatrie Aigue

- 27 lits, 3 médecins assistants, 2 chefs de clinique, 1 médecin cadre

- 
- 



# Entrée

---

## Rôles impliqués

- Médecin assistant, supervisé par CDC
  - Si week-end ou après 16h30 -> médecin assistant de garde
- Infirmier référent
- IDL
- +/- physiothérapeutes
- +/- diététiciens

## Déroulement – entrée médicale

- Diagnostic actuel
  - Prise en charge
    - Pharmacologique
    - Non-pharmacologique (physio, ergo, diét...)
- Dépistage syndromes gériatriques
  - Troubles neurocognitifs : Mini-COG +/- MMSE
  - Troubles thymiques : Mini-GDS
  - Dénutrition : MNA-sf
  - Sarcopénie : SARC-F
- Co-morbidités et antécédents
  - Vérification des co-morbidités/allergies
  - Reprise du traitement habituel

# Entrée médicale

---

- Co-morbidités et antécédents
  - Vérification des co-morbidités/allergies
  - Reprise du traitement habituel
- Tâche fondamentale mais chronophage!

D'autant plus important que :

- Polymorbidité
- Polypharmacie
  - 10 +/- 4 médicaments par patient (Aebischer et al, 2022)

# Entrée médicale

---

## Médecin assistant

- Surcharge de travail
- Heures supplémentaires



Chiffres ASMAC

généraliste

## Médecin généraliste

- Surcharge de travail
- Absences, formation continue...

Lieu	Nombre moyen d'appels pour atteindre un cabinet
Campagne genevoise	1,75
Le Locle	2,40
Vallée de Joux	3,88
Yverdon-les-Bains	2,08
Delémont	1,31
Martigny	1,87
Fribourg	2,13

Des cabinets difficiles à joindre [RTS - FRC]

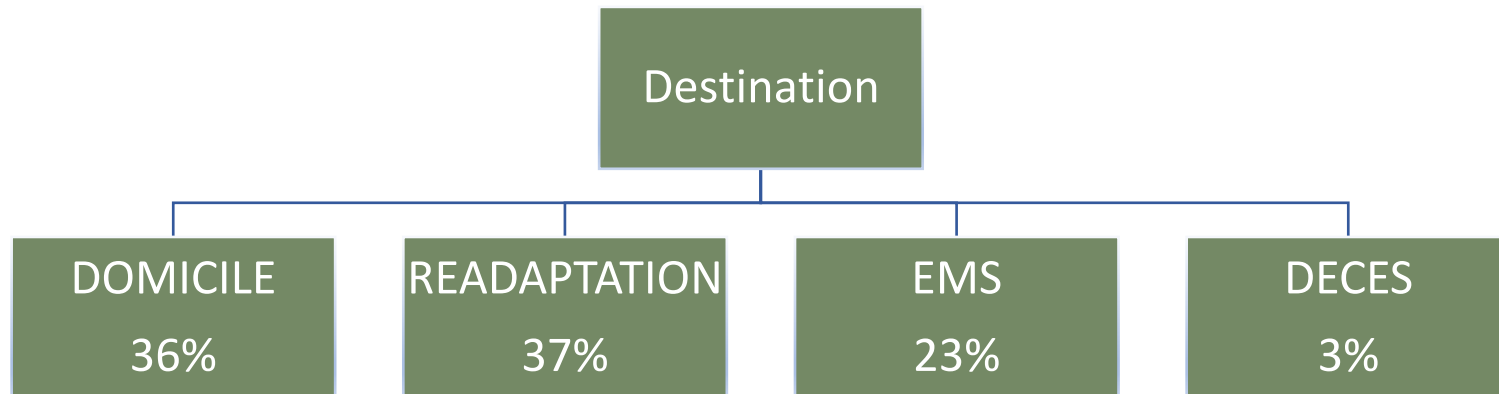
# Rapatriement des traitements

---

1. Contact avec médecin généraliste
2. Contact avec pharmacie référente
3. Contact avec CMS/EMS
4. Anamnèse/Hétéroanamnèse avec famille
5. Reprises de dossiers CHUV

# Projet de sortie - épidémiologie

---



# Projet de sortie

---

## Colloque quotidien

(matin 8h lu-ve)

- Présentation du projet par MA+CDC
  - Destination
  - Date
- Brève discussion avec ICUS et IDL si désaccord

## Colloque interdisciplinaire

- 1x/semaine
- Discussion interdisciplinaire
  - IDL
  - Médecins
  - Infirmiers
  - Physiothérapeutes
  - Ergothérapeutes
  - Diététiciens
  - Psychologues
  - Personnel administratif



# Projet de sortie

---

1. Souhait du patient et famille
2. Niveau d'autonomie et d'indépendance fonctionnelle
  - AVQ/AIVQ
  - +/- CMS, OSAD, CAT, appartement protégé, aides familiales ou privées
3. Etat cognitif (CDR)
4. Etat de santé globale
  - Co-morbidités/polypharmacie
  - Nombre d'hospitalisations récentes

# Projet de sortie

---

## Discussion informelle

- MA/IDL – patient et famille
- MA – médecin généraliste
- IDL - CMS

## Réseau

- Discussion formelle en présentiel
- Participants :
  - Patient et famille
  - IDL
  - Médecins
  - Infirmiers
  - Médecin généraliste
  - CMS
  - Curateur et/ou représentant thérapeutique
- Difficile à organiser, pas toujours efficace et chronophage

# Préparation de la sortie

---

## *Rôle du médecin assistant*

1. Préparation des ordonnances (médicaments, physiothérapie, ergothérapie)
2. Rédaction de la lettre de sortie
  - Délai d'envoi = 4 jours
3. Appeler le médecin traitant si patient doit être revu rapidement (<1sem/10 jours)
  - TOUJOURS appel au médecin traitant en cas de décès

# Communication des informations importantes

---

## Début d'hospitalisation

- Avis d'entrée

## Durant l'hospitalisation

- Appel si évènement grave ou questions

## Fin d'hospitalisation

- Lettre de sortie
  - Modifications thérapeutiques
  - Propositions d'investigations ambulatoires et de prise en charge

## Exemples

### **Modifications thérapeutiques :**

Initiés : Calcimagon D3 forte

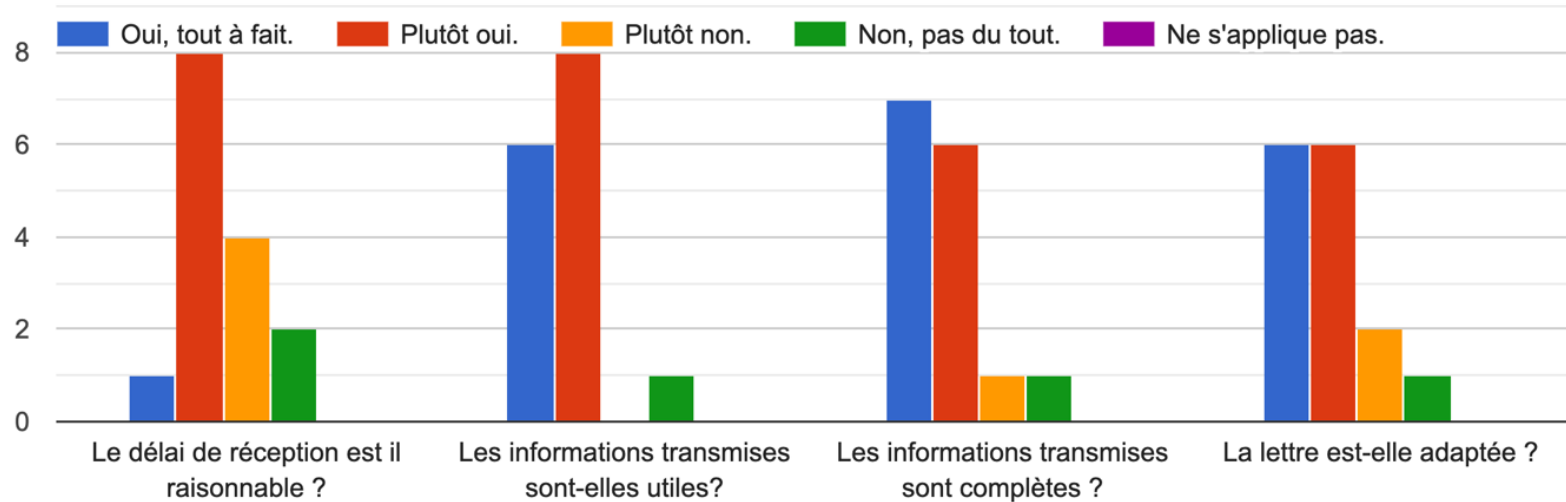
Stoppés : Vitamine D3

Modifiés :

### Propositions :

- Poursuite de la physiothérapie et ergothérapie ambulatoire
- Réévaluer l'indication au Tebokan au vu d'un risque accru de chutes
- Suivi régulier de la mobilité et adaptation des moyens auxiliaires selon besoin

# Lettres de sortie



## *Propositions d'amélioration :*

- Diminuer la longueur des lettres en réduisant les répétitions et les scores
- Clarifier les raisons des modifications thérapeutiques

Etude de satisfaction auprès des médecins traitants - GERH, 04.2023

# Merci pour votre attention!

---

Questions?

Henri Perrin, médecin assistant, CHUV

# Présentation du projet Réadaptation à domicile

Formation continue Médecine de la personne âgée  
18 janvier 2024

T. Penseyres Directeur SDPP-AVASAD



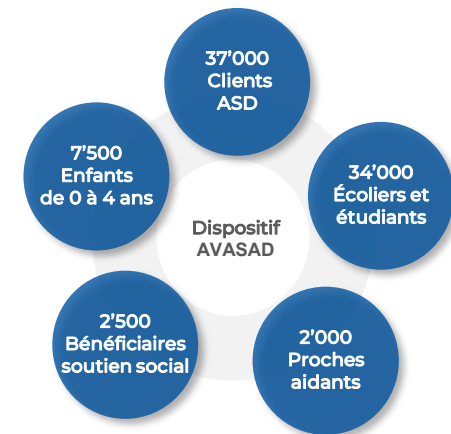
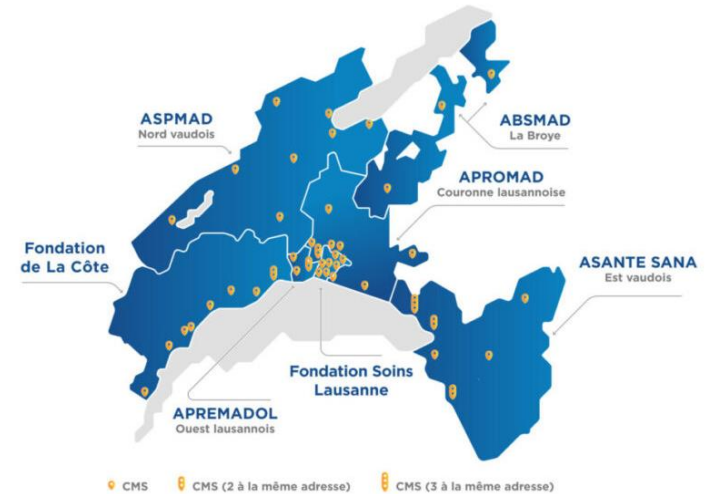
# Le projet dans son contexte

## Aujourd'hui:

- 88'000 prestations / semaine
- 14 Mio de Km
- 1 habitant sur 5 dès 65 ans
- 1 habitant sur 2 dès 85 ans

## Enjeux:

- Démographie
- Epidémiologie
- Planification sanitaire
- Financement





# Le projet et ses ambitions

## Pour moi, bien vieillir c'est ?

Paroles des clients des CMS, enquête AVASAD 2021 - 2022



Passer d'un:  
**Système de (dispense de) soins**  
 à un:  
**Système de santé**  
 (agissant sur les déterminants de la santé)

La santé n'est pas un objectif en soi, c'est une condition !

Enjeux majeurs

+

Attentes de la population

=

Nécessaire changement de paradigme

Démarche institutionnelle:

«bien-vieillir»

Soutien de la Chaire Unesco (Pr. D. Jourdan)



# Objectifs du projet

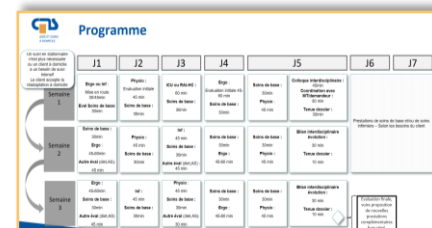
## ■ Objectif général

- Développer une offre de réadaptation à domicile, mise en œuvre par tous les CMS, sur l'ensemble du Canton

## ■ Intérêt et fondements

- Des concepts clés qui rejoignent les **préoccupations des patients** interrogés dans l'enquête clients: Autonomie dans la vie quotidienne, à domicile et dans son propre milieu de vie
- Un projet qui s'inscrit dans la **vision du dispositif AVASAD**: Objectifs stratégiques 2021-2025, démarche bien vieillir, transition d'un système de soins à un système de santé
- Un développement qui s'inscrit bien dans la **politique cantonale**: Vieillir 2030, programme de législature 2022-2027, désengorgement des hôpitaux et CTR
- Un programme en lien avec les **évolutions des systèmes de santé nationaux** et internationaux: Diminution des durées de séjour, chronicité, vieillissement démographique, évolution des DRG (ST-Rea)
- La garantie d'un **accès équitable à la réadaptation** pour l'ensemble des clients et de la population vaudoise: Evolution et généralisation du dispositif READOM (collaboration APROMAD-CHUV depuis 2010)

# Un réel programme de réadaptation



	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
Soins de bases	Physio	Physio	Physio	Physio	Physio	Physio	Physio
Ergo	Ergo	Ergo	Ergo	Ergo	Ergo	Ergo	Ergo
Méd	Méd	Méd	Méd	Méd	Méd	Méd	Méd
Autres	Autres	Autres	Autres	Autres	Autres	Autres	Autres

## ■ Plan d'interventions qui repose sur deux piliers

Planification initiale puis coordination de:

- Intensification - adaptation des prestations usuelles du CMS: Soins de bases, ergothérapie, diététique
- Complément par prestations de partenaires spécialisés: Physiothérapie, médecins (généraliste et spécialistes)

## ■ Mise en œuvre

- Critères d'éligibilité:
  - Client ne nécessitant plus un suivi stationnaire ou client à domicile avec un besoin aigu de réadaptation
  - Potentiel de réadaptation et motivation pour programme de réadaptation à domicile
  - Degré d'autonomie suffisant pour se mobiliser
- Evaluation standard et spécifique en début de programme + évaluation hebdomadaire + évaluation finale
- Combinaison optimale des mesures thérapeutiques:
  - Plusieurs séances hebdomadaires
  - Au moins quatre disciplines spécialisées
  - Colloques interdisciplinaires hebdomadaires avec participation du client (et proches aidants)
- Durée du programme: trois semaines (ajustable selon évaluation finale et besoin du client)

## Pilote (mai à décembre 2022) organisation

### ■ Dispositif ASD:

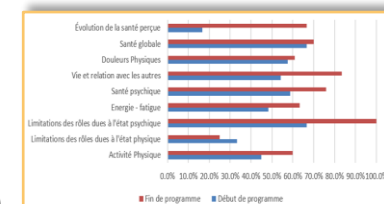
- FLC: CMS Gland-Ville
- ASPMAD: CMS Ste-Croix

Equipes pluridisciplinaires dédiées

### ■ Partenaires (conventions)

- Sur la Côte:
  - Centre de traitement et de réadaptation - Clinique de «La Lignière», Gland (médecins spécialisés en réadaptation et physiothérapeutes)
  - Promotion du projet auprès des cabinets de médecins traitants
- Dans le nord:
  - Réseau Santé Balcon du Jura, Sainte-Croix (médecins spécialisés en réadaptation et physiothérapeutes)
  - Cinq cabinets de physiothérapeutes indépendant

## Pilote (mai à décembre 2022) enseignements



- **Clients** (post hospitalisation ou sans passage à l'hôpital)
  - Améliorations (mesurées) de l'autonomie et de l'indépendance (nouvelles activités sociales)
  - Réduction (mesurée) du besoin en prestations (soins de bases, soins infirmiers et ergothérapie)
  - Amélioration (subjective) de de la qualité de vie perçue par les clients
  
- **Professionnels CMS**
  - Importance et pertinence de la formation (modifier les pratiques et les inscrire dans un projet thérapeutique)
  - Bénéfice secondaire de cette formation, pour les clients «hors programme» (promotion santé et prévention déclin)
  
- **Professionnels partenaires**
  - Intérêt et implication confirmés, succès des conventions de partenariats
  - Continuité des soins: le client continue sa réadaptation avec le même physio après son retour à domicile
  
- **Finances**
  - 85% des prestations délivrées dans le cadre du programme sont des prestations facturables
  - Une partie des 15% restant sont des prestations financées par la subvention cantonale (coordination)

# Un programme de prise en charge coordonnée

## Opportunité de multiples partenariats:

- **Partenaires «pourvoyeurs» de clients**
  - Travail fait avec DGS et institutions de la FHV pour évaluer le nombre de clients potentiels
- **Partenaires «fournisseurs» de prestations**
  - Institutions (Hôpitaux régionaux, CTR)
  - Professionnels installés (médecins généralistes, médecins spécialisés en réadaptation, physios, autres)

## Accueil très favorable du Canton:

- **DSAS:** Retenu dans le cadres de l'Appel à projet Vieillir 2030 du DSAS (perspective de financement de la formation)
- **DGS:** Au-delà de la seule perspective désengorgement des hôpitaux, intérêt prévention et promotion très bien perçu

## Accueil très favorable des réseaux et partenaires:

- **Réseau de Santé Nord Broye:** retire son propre projet pour collaborer et s'impliquer dans celui ci
- **SwissPhysio et SVM :** Intérêt et offre de soutien pour mise en œuvre future

# Au-delà du projet

## ■ Plan de communication

- Plaquette (Flyer) de présentation tout public
- Feuillet complémentaire (au flyer) à l'intention des professionnels partenaires
- Site Web: Article de fond sur la page «actualité» lors du lancement et description détaillée sur l'onglet «prestations»
- Article (reportage) dans le magazine «Génération»
- Relai sur les réseaux sociaux à chaque étape (déploiement AF, parution d'article, etc)

## ■ Plan de déploiement

- En cours: démarrage dans toutes les régions entre novembre 2023 et janvier 2024

## ■ Perspective à moyen terme

- Réadaptation plus spécialisée
  - Chir vasculaire (demande CHUV, contacts établis)
  - Oncologie (dialogue avec LVC)
  - Autre?

**Réadaptation à domicile : plan de déploiement**

Stratégie de déploiement	Formation des coordinateurs de l'AF (Dossier AF ASOULAC)			Formation des intervenants terrain (Dossier AF coordinateurs de l'AF)			Mise en place
	Mois	Date	Nb de personnes	Date	Nb de personnes	Profil des personnes	
Ouest - ASSMAD	Filles dédiées	Oct 2023	10	Septembre-Oct 2023	40	Eq. AF ASSOULAC	Dec 2023
Nord - ASPMAD	Tous collaborateurs	Nov-Jan 2023	9	Septembre	700	HES et non HES	Nov 2023
Ouest - FLC	Filles dédiées par CAS	Oct 2023	30	Septembre-Oct 2023	300	HES et non HES	Nov 2023
Est - ABANTE SANA	Filles dédiées par CAS	Oct 2023	12	Septembre-Oct 2023	107	HES et non HES	Dec 2023
Pôle Santé Pays d'Enhaut	Evolution de l'existant						

AVASAD Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile

**Merci pour votre attention**



The logo for Unil, the University of Lausanne, featuring the word "Unil" in a blue, cursive script.

UNIL | Université de Lausanne



# Hospital@home défis et opportunités

Patrizia D'Amelio, MD, PhD

Service de Gériatrie et Réadaptation Gériatrique  
CHUV, Lausanne

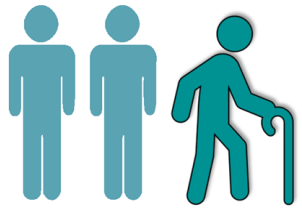
Lausanne, 18.01.2024

A close-up photograph of aged, wrinkled skin, showing deep creases and fine lines. The skin is a warm, brownish-tan color. The texture is highly detailed, with many small, irregular wrinkles and larger, more pronounced folds. The lighting is soft, highlighting the ridges and valleys of the skin's surface.

'The Gray Tsunami': World faces wave of aging



# Aging world

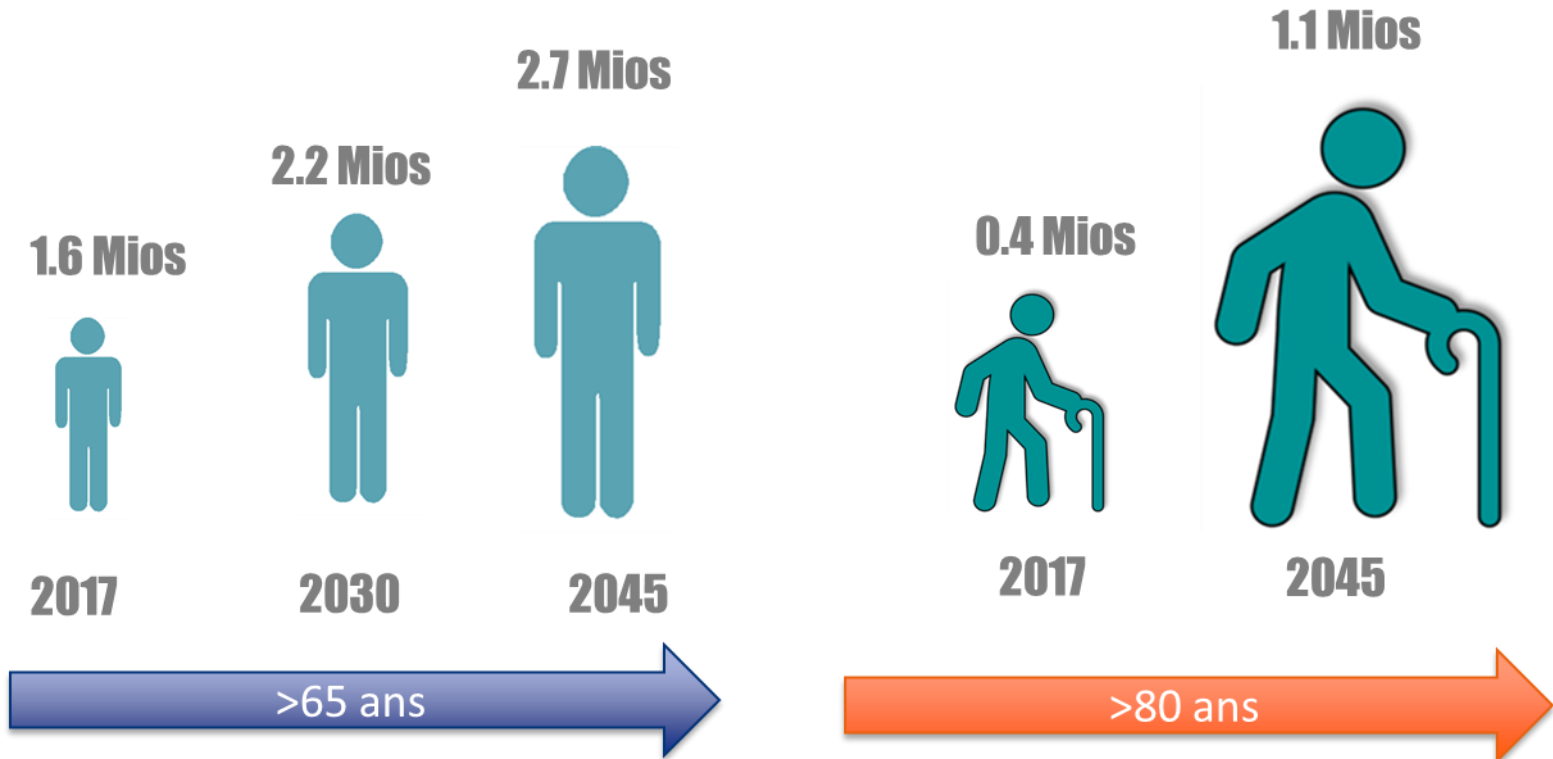


In 2050, 1 person out of 3 will be older than 65 years



1 out of 10 will be older than 80

# In Switzerland



## Older adults and hospital

### Unintended clinical consequences

20% will suffer delirium

Loss of independence

HACs, falls

### Poor patient access

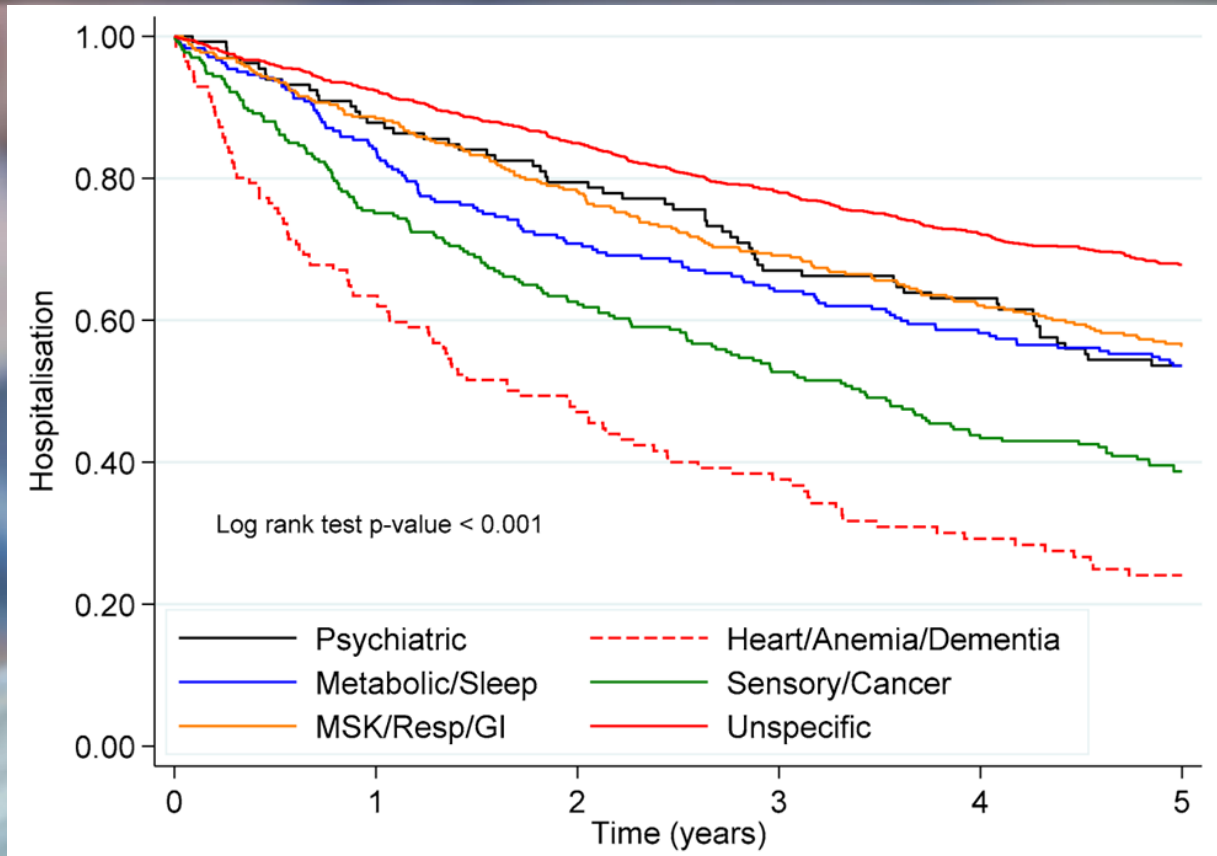
Hospital surcharge

ED waiting

Environment problems

### Elevated costs

## Multimorbidity and hospital







Do we have new healthcare models to propose?

## What is the “Hospital at Home”?

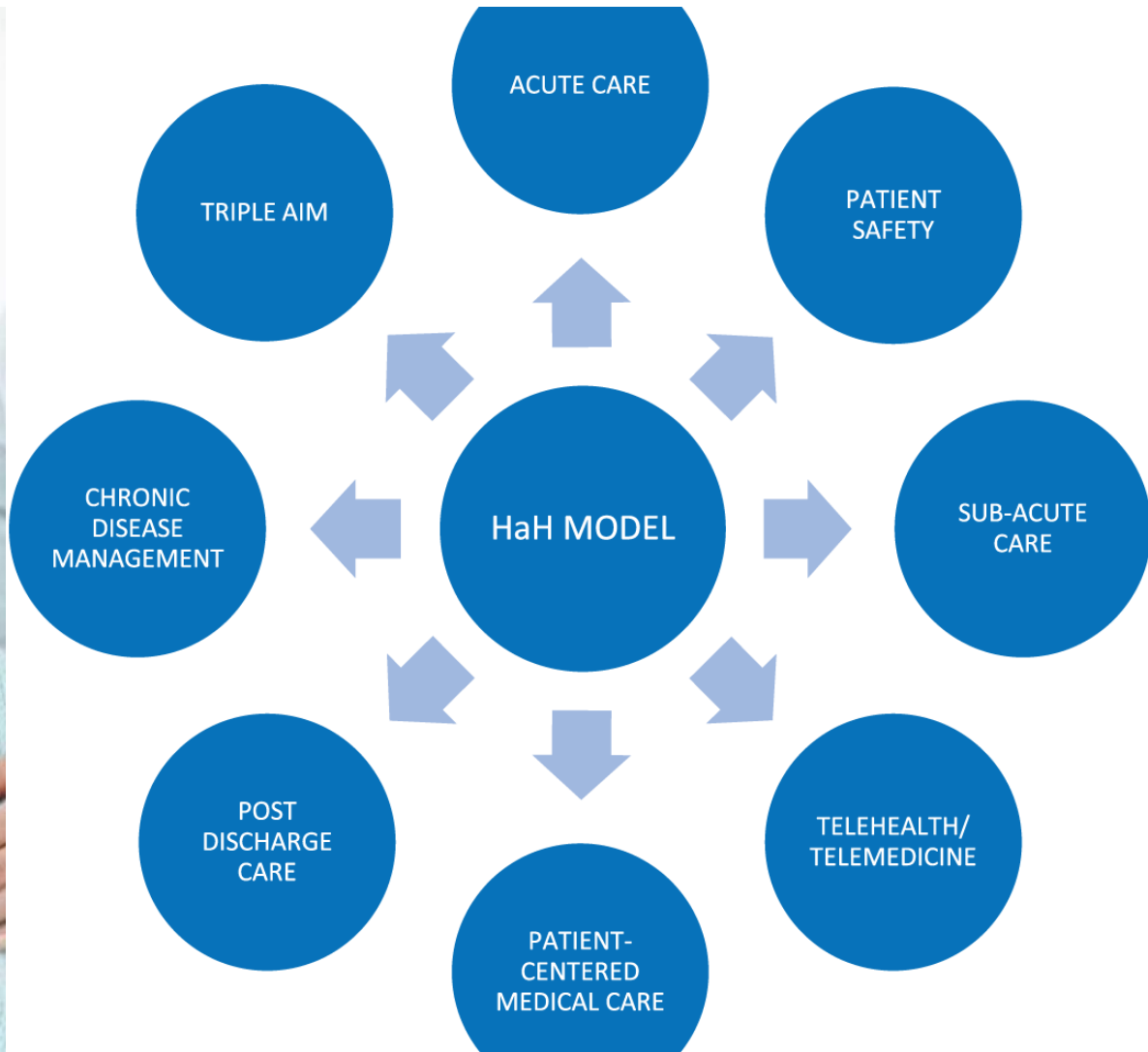
### Box 1: Key features of the Johns Hopkins “hospital-at-home” model<sup>9</sup>

- A substitutive model providing hospital-level care for patients living in a specified geographic catchment area delineated by 30-min travel time.
- Eligible patients are those with certain acute illnesses that require hospital-level care who also meet previously validated medical eligibility criteria.<sup>10</sup>
- Robust input from physicians (at least daily visits and 24-h coverage) and nurses (initial continuous nursing care following by intermittent visits and 24-h coverage).
- Patient retains inpatient status and the hospital or health system retains responsibility for the acute care episode.
- Care is provided in a coordinated manner similar to that in an inpatient ward.





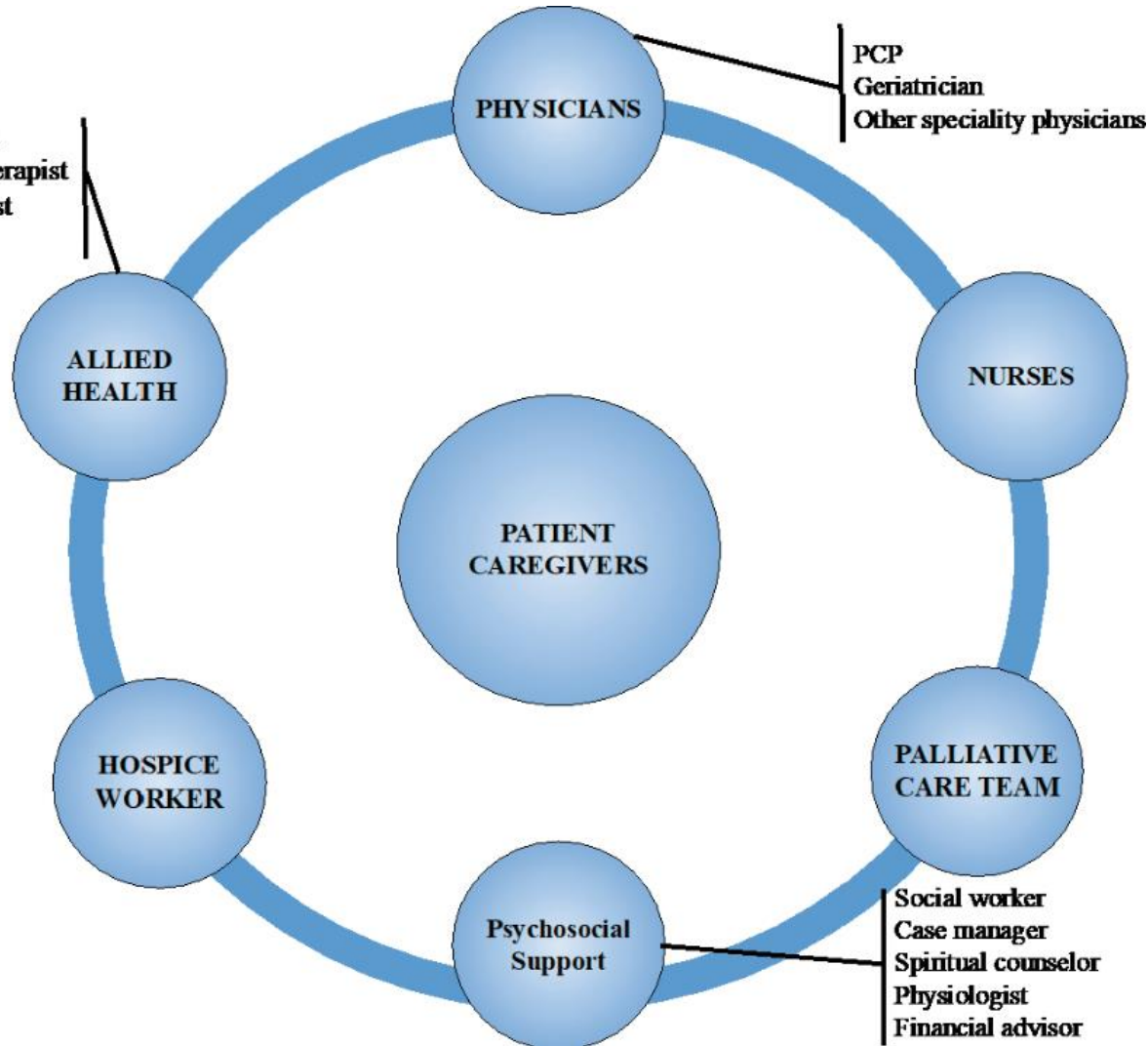
Patel HY, West DJ (2021)





Patel HY, West DJ (2021)

Speech therapist  
Occupational therapist  
Physical therapist  
Dietician



## Potential benefits of the Hospital at home

	<b>Readmission Rates, %</b>	<b>Emergency Department Revisits, %</b>	<b>Skilled Nursing Facility Admissions, %</b>	<b>Length of Stay, d</b>
HaH ( <i>n</i> = 295)	8.60	5.80	1.70	3.2
Inpatients ( <i>n</i> = 212)	15.60	11.70	10.40	5.5

Showing outcomes comparison between home hospital and hospital setting

<b>Outcomes compared</b>	<b>Home hospital (median per admission)</b>	<b>Hospital setting (median per admission)</b>
Laboratory orders	3	15
Imaging orders	14%	44%
Consultation	2%	31%
Sedentary time	12%	23%
Lying down time	18%	55%
Readmission within 30 days	7%	23%

*Federman AD et al . JAMA Intern Med. 2018  
Patel HY, West DJ (2021)*



## Hospital at home: challenges

- Medication management;
- Lack of round-the-clock patient supervision compared to the hospital;
- Increased caregiver burden;
- Unclear and underdeveloped workflows;
- Difficulty in screening, identifying, and recruiting HaH patients; (5) increased staff burden.



## Hospital at home opportunities

- More comfortable and patient-centered care
- Perceived better patient clinical outcomes
- More family engagement with patients
- Improved care continuity during and beyond HaH
- Increased hospital bed capacity.



Hospital at home (H@H): our project

vieillir\_\_\_\_\_2030





## Hospital at home our project: expected outcomes

- Increase the **likelihood of keeping patients at home**, reducing the risk of institutionalization.
- **Decrease the risk of adverse events** related to hospitalization and the risk of short-term re-hospitalization.
- Create **new partnerships** and foster the development of new care models and the dissemination of **telemedicine**.
- Encourage the **acquisition of new skills** by healthcare professionals and promote the establishment of greater empathy between the patient and the caregiver, increasing satisfaction for both parties.



Unil

UNIL | Université de Lausanne



Rita Levi Montalcini,  
Nobel Prize for  
Medicine in 1986

vieillir 2030





**Évaluation et implantation d'un modèle  
de soins domiciliaire intégrant  
la pratique infirmière avancée  
(à la suite d'un séjour en milieu stationnaire)**

Formation continue Médecine de la personne âgée  
18 janvier 2024

T. Penseyres Directeur SDPP-AVASAD

## Un environnement propice au projet IPADom

- Souhait des séniors de rester à domicile le plus longtemps possible tout en développant des compétences en matière de santé
- Augmentation de la clientèle des Services d'aide et de soins à domicile (OSAD) estimée à 52% pour 2040
- Diminution de la prise en charge stationnaire et raccourcissement de la durée de séjour, avec des retours à domicile parfois insuffisamment préparés
- Taux de ré-hospitalisations évitables important dû à une coordination insuffisante entre prestataires
- Complexification des soins nécessitant un ajustement des modèles actuels
- Canton favorable à l'intégration de la pratique infirmière avancée (pénurie de médecins dans certaines régions, saturation des Hôpitaux)

## Un environnement propice au projet IPADom

- Le projet IPADom vise à définir un modèle de soins intégrant la pratique avancée en Suisse romande dans le domaine des soins et du maintien à domicile, puis à le tester par une expérience pilote d'implémentation
- Le projet est conduit en partenariat tripartite par l'**IMAD** (Maintien à dom Genève), l'**AVASAD** (maintien à dom Vaud) et l'**IUFRS** (Institut universitaire de formation et de recherche en soins)
- Le projet est soutenu par la **Fondation Leenaards**:
  - financement pour les 18 premiers mois du **projet**
  - financement de **bourses d'études** pour la formation d'IPA (ICLS ou IPS)

# Caractéristiques des infirmières de pratique avancée (IPA)

Deux types d'infirmières de pratique avancées (IPA)

- L'Infirmière Clinicienne Spécialisée (ICLS)
- L'Infirmière Praticienne Spécialisée (IPS)

Avec des caractéristiques communes

- Pratique clinique directe spécialisée
- Pratique basée sur les résultats probants
- Leadership clinique (Guidance, consultance, coaching)
- Collaboration interprofessionnelles

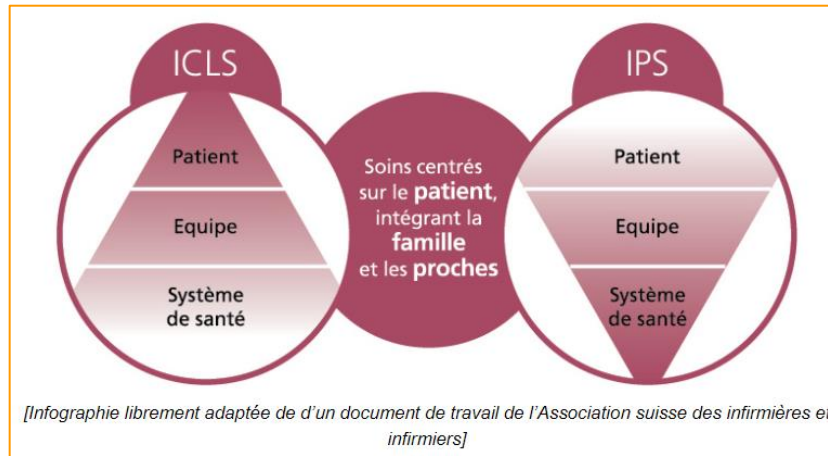
Mais dans des proportions et des champs d'activités différents

- ICLS:
  - Pratique clinique auprès du patient strictement dans la discipline infirmière
- IPS:
  - Pratique clinique auprès du patient dans la discipline infirmière ET dans la discipline médicale

## Distinction des rôles ICLS/IPS

### ICLS exemple:

- Poser un regard critique sur les pratiques de soins d'une équipe
- Les faire évoluer à la lumière des recommandations internationales (EBN)
- Gestion et accompagnement de ce changement

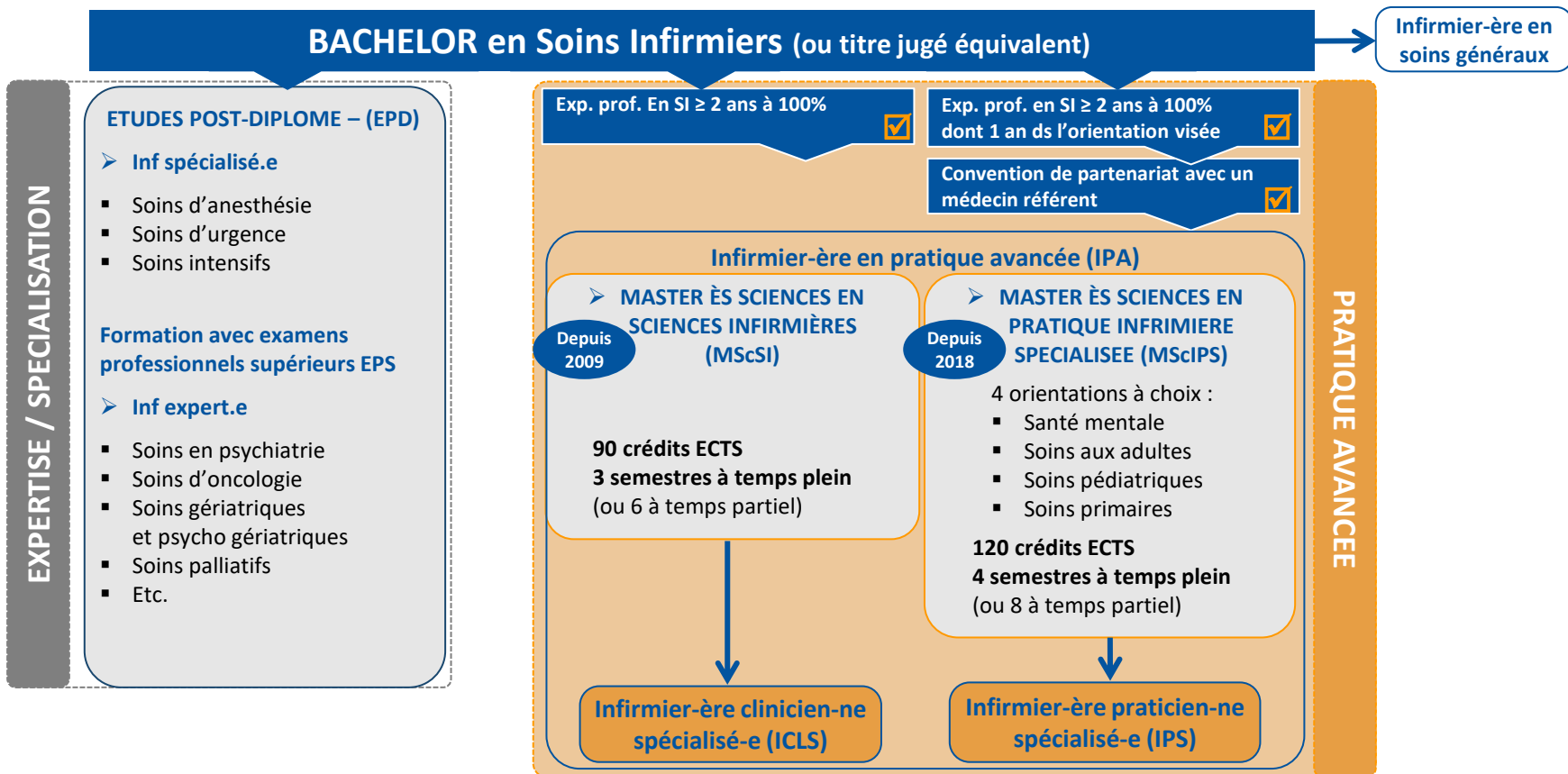


### IPS exemple:

- Fournir des prestations médicales et infirmières au patient par un seul professionnel
- Assurer la continuité de la prise en charge par ce même professionnel au fil des mois et années (patients chroniques)

Source: <https://www.unil.ch/sciences-infirmieres/home/menuinst/ecole.html>

# La pratique avancée en Suisse



# La pratique avancée dans le Canton de Vaud

Le Canton de Vaud est devenu le premier canton suisse doté d'un cadre légal pour l'exercice professionnel des **infirmières praticiennes spécialisées (IPS)** en novembre 2017

LOI  
sur la santé publique  
(LSP)

800.01

du 29 mai 1985

▼ Art. 124b Infirmiers praticiens spécialisés [33]

Historique des modifications, en l'état de cette version au 01.02.2018

[Modif. 33 du 14.11.2017](#) [Introduction Art. 124b; entrée en vigueur au 01.02.2018](#)

<sup>1</sup> L'infirmier praticien spécialisé est une personne dont la formation, de niveau master, lui permet d'assumer, dans son champ de compétences et de manière autonome, les responsabilités médicales suivantes :

- a. prescrire et interpréter des tests diagnostiques ;
- b. effectuer des actes médicaux ;
- c. prescrire des médicaments et en assurer le suivi et les ajustements.

<sup>2</sup> L'infirmier praticien spécialisé pratique en principe à titre dépendant, au sein d'un établissement sanitaire ou d'une organisation de soins. Il peut toutefois également pratiquer à titre indépendant, dans le cadre d'une convention passée avec un médecin autorisé à pratiquer à titre indépendant.

<sup>3</sup> L'infirmier praticien spécialisé assume la responsabilité pénale des actes qu'il effectue en application de l'alinéa 1. Le règlement précise les limites des responsabilités civiles énumérées à l'alinéa 1. Les organisations professionnelles concernées sont consultées sur le règlement.

## Objectifs du projet IPADom

1. Développer un modèle de soins intégrant la pratique avancée (IPS) dans des contextes précis de service de maintien à domicile en Suisse romande
2. Implanter et tester ce modèle de soins développé à l'IMAD et l'AVASAD

### La population étudiée

- Les 65 ans et plus, nécessitant une prise en charge à domicile à la suite d'un séjour dans une institution stationnaire
- Les professionnels de la santé impliqués dans le modèle de soins (équipes interprofessionnelles, médecins généralistes) et les décideurs (Directions)



## Une recherche action participative

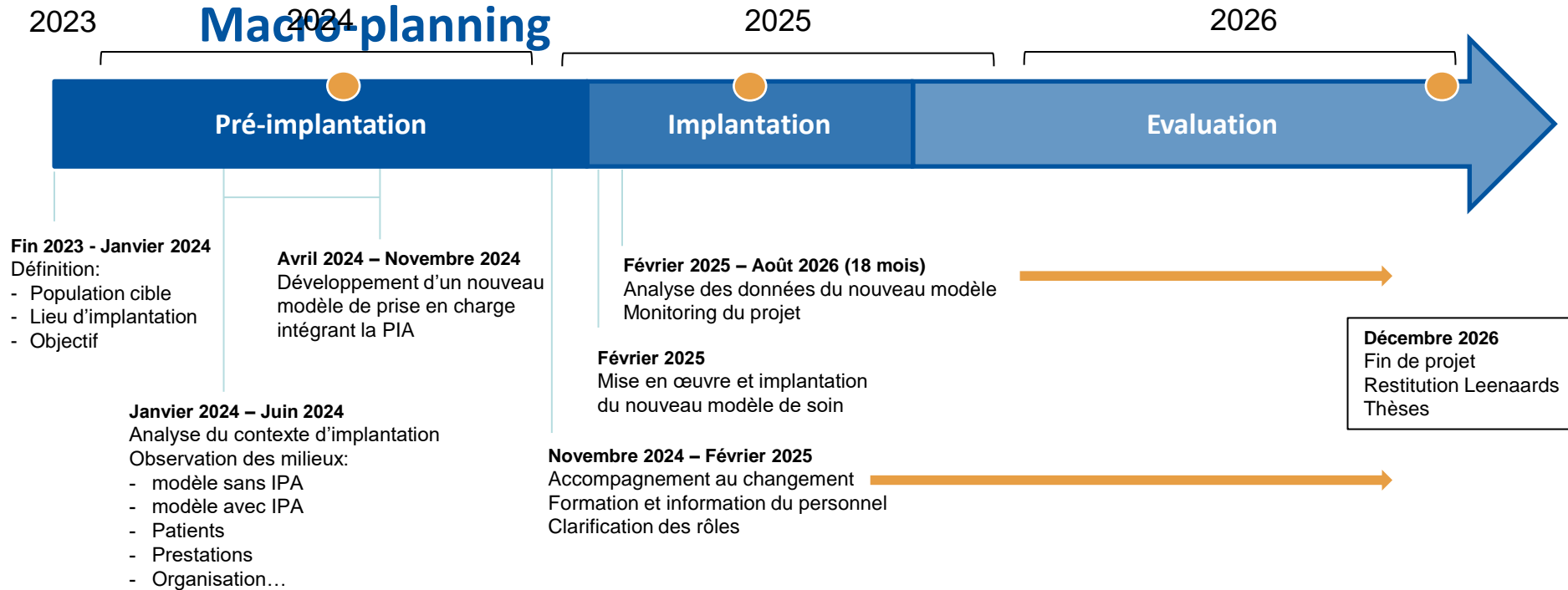
- Engagement des parties prenantes : les clients et leur proches, les SASD, les médecins, les cadres dirigeants et décideurs politiques
- Construction du modèle de soins à partir des besoins actuels des parties prenantes
- Utilisation du modèle PEPPA pour servir de guide à cette étude pilote
- Co construction des indicateurs de réussite (cliniques, structure et processus)
- Identification des risques et des freins ou résistances liés à la mise en place d'un nouveau modèle (ex : incompréhension des nouveaux rôles et de la répartition des responsabilités)

## Résultats attendus

- Renforcement de la collaboration interprofessionnelle (implication des parties prenantes)
- Compréhension des facteurs de succès et de freins (monitoring tout au long de l'implémentation)
- Ajustement du rôle d'infirmière de pratique avancée (aux besoins des parties prenantes du système de soins actuel)
- Pour, à terme:
  1. Proposer un modèle de soins adapté au contexte local
  2. Proposer une méthodologie d'implémentation adéquate pour la mise en œuvre potentielle dans d'autres champs d'activités (par ex: santé mentale, soins palliatifs)

# Macro-planning

● Compte rendu Leenaards



## Et pour conclure, quelques enjeux...

- Compréhension des rôles ICLS et IPS par toutes les parties
- Collaboration interprofessionnelle
- Coordination et communication interinstitutionnelle (cabinet méd, Hôpital, CMS, CTR)
- Intégration dans les systèmes de soins existants
  
- Pénurie du personnel infirmier et indisponibilité des ressources en pratique infirmière avancée
- Compatibilité formation / vie professionnelle (Surtout IPS)
- Coûts et financement (Facturation des prestations liées à la pratique infirmière non réglée)
  
- Modèle et organisation des services d'aide et de soins à domicile différents entre GE et VD
- Evaluation de l'impact de la pratique avancée

**Merci pour votre attention !**

**Place aux questions**



Direction médicale  
Système d'information clinique

18.01.2024

# Le Dossier électronique du patient: l'essentiel

Dr François Bastardot, MD MSc  
CMIO

# Objectifs

- A. Le Dossier électronique du patient (DEP)
- B. Le Guichet DEP au CHUV
- C. Ressources
- D. Questions/réponses

# Qu'est-ce que le DEP?

- Le Dossier électronique du patient (DEP) est un élément central de la cybersanté suisse; il s'agit d'un projet de la Confédération et des Cantons.
- Le DEP est **votre dossier en ligne en tant que patient**. Il vous appartient, et contient des documents de santé utiles en cas de traitement.
- **Il ne remplace pas Soarian**, ou le dossier médical dans les cabinets médicaux.



# Quels sont les buts du DEP?

Améliorer

1. La qualité de la prise en charge
2. La sécurité des patients
3. L'efficacité du système de santé
4. Les compétences des patients en matière de santé.

**Loi fédérale du 19 juin 2015  
sur le dossier électronique du patient (LDEP)**

# Cas d'usage



**DEP**  
dossier électronique  
du patient



# Cas d'usage



**DEP**  
dossier électronique  
du patient



HÔPITAL RIVIERA-CHABLAIS  
VAUD-VALAIS

# Cas d'usage



**DEP**  
dossier électronique  
du patient



# Cas d'usage



**DEP**  
dossier électronique  
du patient



# Du point de vue du patient

- Accéder à ses données cliniques, en Suisse comme à l'étranger.
- Améliorer la continuité de la prise en charge.
- **Accéder en cas d'urgence:** «bris de vitre» aux urgences.
  - Traçabilité
  - Abus sanctionné

# Qui peut avoir accès au DEP?

- Par défaut, **seul le patient (ou représentant, parents jusqu'à 16 ans) peut accéder à son DEP**. Il décide ensuite à quelles institutions, quels professionnels de santé il souhaite donner un accès.

[Fiche d'information e-health](#)


# Droit du patient

- Il peut **ajouter et retirer un document** à n'importe quel moment, sans que cela soit signalé pour le professionnel de santé.
- Il peut décider de la fermeture de son DEP à tout moment.

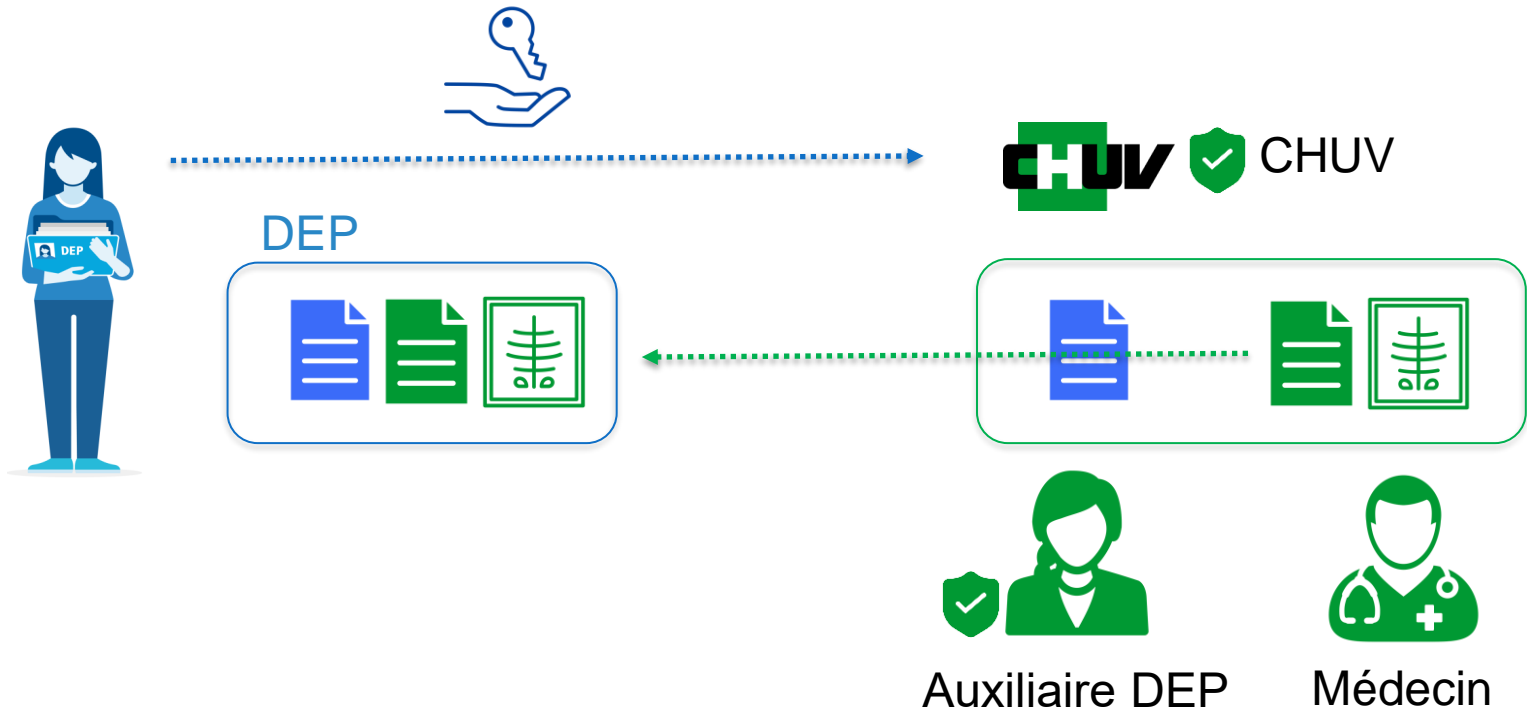
*Concrètement, il ne remplace pas la correspondance entre professionnels de santé, convenue avec le patient.*



# Un seul accès pour tout le CHUV

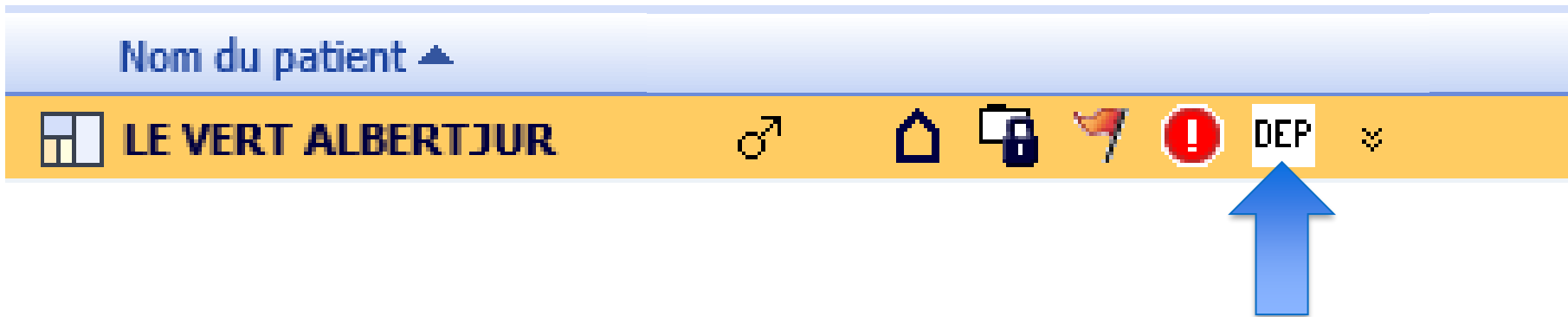
- Un patient qui vient consulter / PEC électorale doit **donner accès au CHUV**.
- 80 auxiliaires (secrétaires) de chaque département ont été formées à ce jour pour **accéder au DEP** →  **TRIBU**.
- Tous les accès sont enregistrés, patient notifié.

# Au CHUV: organisation actuelle



# Comment savoir si le patient a un DEP?

- Tout patient avec un **DEP fonctionnel** au CHUV est identifié avec une icône dans Soarian.



# Quelles sont les données publiées dans le DEP?

- Lettre de sortie finalisée, DMST
- Rapport de consultation ambulatoire finalisé
- Ordonnance signée
- Certificats signés
- Rapports d'investigation finalisés
  - Derniers résultats de laboratoire
  - Radiologie finalisé

Ainsi que l'historique médical remontant jusqu'au 01.01.2022.

Etat au 23.10.2023

# Règles de publication

	Etat de finalisation	Publication	Exemple
<b>Hospitalier</b>	Rapport finalisé disponible <b>avant</b> la sortie	Immédiatement <b>à la sortie</b> si finalisé	Ordonnance LDS avec co-signature DMST
	Rapport d'investigation finalisé <b>après</b> la sortie (labo, rx, pathologie...)	<b>10 jours après réception du rapport finalisé</b>	Rapport d'IRM provisoire ne sera pas disponible immédiatement; le rapport définitif le sera 10 jours après la sortie.
<b>Ambulatoire</b>	Rapports médicaux (consultation, ordonnance...)	Immédiate <b>dès finalisation</b>	Rapport de consultation dès signature (ou co-signature)
	Rapport d'investigation (labo, rx, pathologie...)	<b>10 jours après réception du rapport finalisé</b>	Sérologies prélevées au moment de la consultation

Le délai apporté sur les documents investigation et colloques a pour but de laisser au prescripteur le temps de prévenir son patient des résultats, sur des informations qu'il ne produit pas lui-même.

# Guichet DEP

- Les étapes pour ouvrir un DEP sont complexes
    - e-ID [VaudID-Santé], second facteur par SMS
    - Authentification avec carte ID/passeport
    - Ouverture compte DEP auprès de CARA
    - Demande de l'historique médical
- **Un guichet pour renseigner et ouvrir un DEP**

# Guichets DEP

- HUG
- HRC Rennaz
- HIB Estavayer
- RSRL Lausanne
- **CHUV**



# Guichet DEP au CHUV

## Collaborateurs du RSRL

Démarrage dès 01.11



**Sagana Elangko**  
Agente certifiée DEP et  
Collaboratrice Projets RSRL



**Hugo Agthe**  
Agent certifié DEP, Civiliste  
RSRL



**Floriane Bornet**  
Cheffe de projet DEP, RSRL  
[Floriane.Bornet@rsrl.ch](mailto:Floriane.Bornet@rsrl.ch)

- Lundi 13h30-17h
- Mercredi 13h30-17h
- Vendredi 8h30-12h15





# Idéalement sur rdv, selon disponibilité

- Par internet:  
[www.chuv.ch/dep](http://www.chuv.ch/dep)
- 021 314 20 75  
guichet.dep@chuv.ch



# Ressources utiles

-  [FAQ intranet TRIBU](#)
-  [chuv.ch/dep](http://chuv.ch/dep)
- [E-learning médical et guichet DEP 3 min](#)

- [DEP suisse](#)
- [LDEP](#)
- [Communauté CARA](#)
- [E-health suisse](#)
- [RSRL](#)



Matériel d'information disponible auprès de l'OFSP