



**coRAI**  
Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

# interRAI et coordination dans les SAMS : Évaluation du projet clinique

D'Onofrio Andreina, Chenevey Antoine Hélène et Wellens Nathalie

## ANNEXES

## Table des matières

<b>PROJET</b> .....	3
ANNEXE 1 : Fiche de projet.....	4
ANNEXE 2 : Convention .....	6
ANNEXE 3 : Cahier des charges.....	8
ANNEXE 4: Document Médico-Social de Transmission .....	10
<b>MÉTHODE</b> .....	12
ANNEXE 5 : Relevé des activités de coordination.....	13
ANNEXE 6 : Caractéristique de la situation (complexité) .....	15
ANNEXE 7 : Questionnaire Evaluateurs SAMS.....	16
ANNEXE 8 : Questionnaire Evaluateurs PART.....	25
ANNEXE 9 : Questionnaire Responsable SAMS .....	29
ANNEXE 10 : Questionnaire Responsable PART .....	31
ANNEXE 11 : Données iRAI utilisées dans le relevé de coordination .....	33
ANNEXE 12: Catégories « Raisons de coordination ».....	35
ANNEXE 13 : Catégories « Enoncés cliniques iRAI ».....	36
<b>RÉSULTATS</b> .....	37
ANNEXE 14: Période d'évaluation des usagers .....	38
ANNEXE 15 : Partenaires du réseau de santé.....	39
ANNEXE 16 : Fréquence des types de coordination.....	40
ANNEXE 17 : Durée des types de coordination .....	41
ANNEXE 18 : Raisons de coordination, résultats détaillés.....	42
ANNEXE 19 Complexité des situations .....	44
ANNEXE 20 : Résultats iSE .....	46
ANNEXE 21 : Enoncés clinique iRAI, résultats détaillés .....	47
ANNEXE 22 : Effets perçus des résultats iCU sur la coordination.....	48
ANNEXE 23 : Effets perçus des résultats iCU sur la coordination, résultats détaillés .....	49
ANNEXE 24 : Résumé des avis : pratique d'évaluation et de colloque de coordination .....	50
ANNEXE 25 : Avis pour une pratique de l'évaluation .....	51
ANNEXE 26 : Avis sur une pratique de colloque de coordination .....	52
ANNEXE 27 : Informatisation souhaitée .....	53
ANNEXE 28 : Adaptation iRAI .....	54

# PROJET

## ANNEXE 1 : Fiche de projet



**coRAI**  
Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

### Fiche de projet pour pilote coRAI SAMS

#### Description du candidat

Coordonnées de la structure : *Nom, Adresse*

Coordonnées du répondant projet : *Nom, Prénom, Fonction, E-Mail, ...*

Prestations SAMS concernées pour le pilote : *CAT / Logements protégés / Courts-séjours*

Capacité d'accueil : *Nombre de places/logements/lits*

Spécificités : *Prestations « particulières » (= qu'on ne retrouve pas forcément chez tous les prestataires qui fournissent ces prestations dans le canton)*

#### Objectifs du pilote

Utilisation de la démarche d'évaluation standardisée interRAI afin de :

- Préserver ou renforcer les éléments qui soutiennent la coordination et la continuité des soins (intra- et extra-muros) ;
- Diminuer ou supprimer les freins à la coordination et la continuité des soins.

Mener une réflexion sur le rôle et les responsabilités de la structure vis-à-vis de la démarche interRAI et documenter l'expérience acquise durant le pilote.

*Inscrivez ici d'éventuels autres objectifs que vous souhaiteriez atteindre grâce au pilote*

#### Description du projet

*Résumez ici brièvement comment vous imaginez le pilote. Indiquez par exemple si vous souhaitez former tout le personnel à la démarche ou uniquement une partie, précisez si vous souhaitez mener vous-même des évaluations ou uniquement lire des évaluations produites par d'autres personnes dans le réseau (le CMS par exemple). Si d'autres acteurs sont impliqués (médecins traitants, CMS, etc.) précisez de quelle manière ils seront intégrés au projet. Précisez si le projet concernera tous les bénéficiaires pendant une période donnée ou un nombre restreint pendant une plus longue période, éventuellement si vous prévoyez des critères pour sélectionner les bénéficiaires concernés. Etc.*

#### Equipe de projet

*Tableau prérempli à titre d'exemple. Remplacez par votre propre équipe de projet en incluant les éventuels partenaires externes.*

Poste dans la structure Ou partenaire externe	Formation	Rôle dans le projet
<i>Responsable répondant</i>	<i>Animateur socio-culturel (HES)</i>	<i>Réalise les évaluations interRAI et interprète les résultats. Porteur du projet. Personne de contact pour le CMS.</i>
<i>Collaborateur du CAT</i>	<i>ASE (CFC)</i>	<i>Interprète les résultats et fait le lien avec les projets d'accompagnement.</i>
<i>CMS XY</i>	<i>-</i>	<i>Transmet les évaluations interRAI des bénéficiaires concernés au responsable répondant.</i>

## Hypothèses / Résultats attendus

Pratiques qui **soutiennent** la coordination et la continuité des soins qui seront soutenues ou renforcées par le projet :

*Par exemple : Les risques de déclin soulevés par l'évaluation sont intégrés dans le plan de soins/le projet d'accompagnement*

Freins à la coordination et la continuité des soins qui seront diminués ou supprimés par le projet :

*Par exemple : En s'accordant sur les risques de déclin relevés, notre structure et le CMS communiquent sur les objectifs communs et spécifiques à chacun.*

## Méthodologie d'évaluation

(Laisser libre, sera complété ultérieurement)

## Jalons du projet

Indiquez ici les principales étapes du projet et une esquisse du calendrier (par exemple en indiquant une période, ou en indiquant le délai avec le jalon précédent)

Quoi	Quand
<i>Séance d'information avec tous les collaborateurs</i>	<i>Eté 2018</i>
<i>Formation de l'équipe de projet</i>	<i>Septembre 2018</i>
<i>Première évaluation</i>	<i>Septembre 2018</i>
<i>Dernière évaluation</i>	<i>Décembre 2018</i>
<i>Entretien post-projet avec coRAI</i>	<i>Janvier 2019</i>

## Support financier coRAI

Indiquez ici les ressources financières dont vous souhaiteriez disposer pour la réalisation du projet.

Coûts	CHF
TOTAL DES COÛTS	

## Remarques supplémentaires

*Ajoutez vos éventuelles remarques ici*

## ANNEXE 2 : Convention



### CONVENTION

entre

EMS, adresse (ci-après : le mandataire)

Représenté par , Directeur

et

Association vaudoise d'institutions médico-psycho-sociales, Avenue du Caudray 6, 1020 Renens (ci-après : HévivA)

Représentée par François Sénéchaud, Secrétaire général

---

#### **Article 1 : Objet de la convention**

1. Cette convention et son annexe arrêtent les modalités de participation du mandataire dans le cadre du pilote « SAMS » (Structure d'Accompagnement Médico-Sociale) du projet coRAI-EMS (programme cantonal coRAI).
2. Le pilote SAMS a pour objet l'utilisation de l'évaluation standardisée interRAI afin de :
  - a. Préserver ou renforcer les éléments qui soutiennent la coordination et la continuité des soins (intra- et extra-muros) ;
  - b. Diminuer ou supprimer les freins à la coordination et à la continuité des soins.

#### **Article 2 : Engagements de l'EMS**

1. Le mandataire s'engage à participer au pilote selon le cahier des charges annexé.
2. Le mandataire met en place les conditions cadres nécessaires à la réalisation des tâches qui lui sont confiées, il aménage notamment le temps de travail du personnel impliqué.
3. Les collaborateurs du mandataire et partie prenante au projet effectuent leur mission avec professionnalisme et diligence.
  - a. En particulier, ils conservent un regard critique mais s'efforcent de tout mettre en œuvre pour résoudre les problèmes soulevés, dans les limites de leurs possibilités.
  - b. Le mandataire répond de la qualité de l'engagement de ses collaborateurs.
4. Le mandataire ne prend aucune initiative qui pourrait être de nature à modifier les résultats du pilote sans en référer préalablement à HévivA.
5. Par analogie le mandataire respecte une stricte confidentialité sur le déroulement du pilote et réserve toute communication externe à l'institution ou aux parties prenantes au pilote, à l'autorisation préalable d'HévivA.

**Article 3 :  
Engagement du  
mandant**

1. HévivA veille au respect du cahier des charges annexé.
2. HévivA met à disposition du mandataire un accompagnement dans l'accomplissement de ses tâches, notamment :
  - a. Formation à la lecture ou l'évaluation avec des instruments interRAI ;
  - b. Soutien à la description du processus de coordination
  - c. Accès au logiciel xxx avec session sécurisée ;
  - d. Support technique pour le logiciel xxx ;
  - e. Conseils et accompagnement pour les aspects cliniques.
3. HévivA défraie l'engagement du mandataire pour un montant forfaitaire de :
  - a. xxx CHF par résident pour l'évaluation et une réévaluation ainsi que les activités de coordination selon un volume convenu avec HévivA ;
  - b. xxx CHF pour le développement du projet pilote et la participation aux activités d'évaluation du pilote, notamment rédaction du rapport individuel (selon canevas), réponses aux questionnaires.
4. Le mandataire est responsable de faire parvenir une facture unique à l'attention de HévivA sitôt les tâches contenues dans le cahier des charges annexé accomplies. Cette somme correspond à la bonne réalisation de l'intégralité des tâches contenues dans le cahier des charges annexé.
5. HévivA informe le mandataire de l'évolution du projet et de toute modification importante dans les délais les plus brefs.

**Article 4 :  
Clause de  
résiliation**

1. La présente convention peut faire l'objet par l'une ou l'autre des parties d'une dénonciation en tout temps, moyennant un préavis de trois mois.
2. La résiliation peut avoir un effet immédiat dans les circonstances suivantes :
  - a. L'une des parties ne remplit pas de manière manifeste les engagements lui étant liés.
  - b. Commun accord.

**Article 5 :  
Durée de la  
convention**

1. La convention débute au moment de sa signature et se termine au plus tard le 1<sup>er</sup> août 2020.

**Pour l'EMS**

**Pour HévivA**

Yves Mottet  
Directeur

François Sénéchaud  
Secrétaire général

## ANNEXE 3 : Cahier des charges

Pilote « SAMS »



### CAHIER DES CHARGES

- Objet** 3. Ce document complète la convention passée avec le mandataire dans le cadre de sa participation au projet pilote « SAMS » (Structures d'accompagnement médico-sociales) du projet coRAI – EMS (programme cantonal coRAI).
- Objectifs** 4. Tester l'utilisation de l'évaluation standardisée interRAI afin de :
- Préserver ou renforcer les éléments qui soutiennent la coordination et la continuité des soins (intra- et extra-muros) ;
  - Diminuer ou supprimer les freins à la coordination et à la continuité des soins.
- Equipe de projet** 5. Le mandataire constitue une équipe de projet (ci-après : les participants) composée d'un responsable et du personnel infirmier du SAMS pour développer, réaliser et évaluer son projet pilote.
- Les dérogations sont réglées avec HévivA ;
  - Le mandataire annexe à la convention la liste des noms, prénoms, fonction et adresses e-mail des participants. Toute modification ultérieure de l'équipe de projet est soumise à l'accord préalable de HévivA.
  - Le mandataire annexe à la convention la liste des partenaires impliqués (y compris les adresses e-mail).
  - Les cas de force majeure (par exemple absence prolongée ou départ non-prévu) sont annoncés sans délai à HévivA.
- Coordination des soins et évaluations cliniques** 6. Une activité de coordination est réputée réalisée lorsque les résultats de l'évaluation interRAI ont été discutés, les objectifs d'offre en soins et accompagnement ont été déterminés, partagés et documentés (dans le DMST, une fiche de transmission, etc.) entre le mandataire et les partenaires.
7. Une évaluation avec l'instrument interRAI Check up (iCU) et/ou interRAI screener (iScreener) répond aux attentes suivantes :
- L'évaluation des bénéficiaires des SAMS est réputée réalisée lorsque les données d'observation et de vérification ont été documentées et verrouillées dans le logiciel informatique xxx.
  - Les évaluations avec l'instrument l'iCU ou l'iScreener sont réalisées conformément aux consignes données pendant la formation. En particulier :
    - L'évaluation est menée par les participants ayant un lien direct d'accompagnement avec le bénéficiaire évalué ;
    - Les observations (et/ou entretiens cliniques) sont réalisées en situation d'accompagnement et de soins ;
    - L'évaluation est réalisée en collaboration avec les partenaires impliqués dans le projet (infirmière du CMS, du BRIO, etc.) quand il y a lieu.
    - Les autres membres de l'équipe (autres soignants, animateurs, personnel d'intendance, etc.) peuvent rapporter des éléments d'observations ;
    - Le dossier informatisé du résident (DIR, SIEMS, etc.) peut être utilisé pour compléter ou vérifier des données (il n'est pas l'unique source d'informations).
- Formation** 8. La formation externe AVASAD à l'évaluation clinique avec l'instrument iCU et iScreener au moyen du logiciel xxx se compose au maximum de :
- 10 heures de théorie et atelier (iCU) ;
  - 14 heures de théorie et atelier (iCU + iScreener) ;



9. La formation interne coRAI au moyen du logiciel xxx se compose au maximum de 8 heures de théorie et atelier (iCU + iScreener)
10. Au minimum trois séquences d'accompagnement ont lieu dans chaque SAMS notamment un soutien à l'évaluation clinique et aux activités de coordination.
11. Sauf dérogation approuvée par le mandant, les participants suivent la formation correspondant au besoin de leur projet (iScreener et/ou iCU).

**Tâches  
supplémentaires**

12. Les participants s'acquittent des tâches supplémentaires prévues par le projet pilote, notamment :
  - a. Ils renseignent le mandant sur l'avancement du projet dans le respect des consignes et des délais communiqués ;
  - b. Sur requête du mandant, ils réalisent les activités d'évaluation des projets pilote SAMS (rédaction d'un rapport individuel sur la base d'un canevas, relevé des activités de coordination et répondre à un questionnaire).

**Copyright**

13. Tous droits réservés : Le matériel de la formation et le contenu d'interRAI iCU et iScreener, les manuels de documentation clinique, les manuels et algorithmes des outputs cliniques (alarmes, échelles) ne peuvent être reproduit ou retransmis, en totalité ou en partie, de quelque façon que ce soit, ou par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, notamment la photocopie et l'enregistrement, ni par mise en mémoire ou système d'extraction.

**Lu et approuvé, le** \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

# ANNEXE 4: Document Médico-Social de Transmission

Version datée du 11.01.2021

## Document Médico-Social de Transmission

Adressé par  Adressé à  Le

N° de tél.  N° de Fax  Email

Avant le transfert, la personne a été prise en charge du  au

Les informations contenues dans ce document de transmission sont régies uniquement en vue de maintenir la continuité des soins de la personne transférée (intérêt prépondérant).

**MOTIF DE CE DMST** Hospitalisation, court séjour, long séjour, retour à domicile avec OSAD, type de mission (généraliste, psychogénéraliste ou psychiatrie), etc.

### 1. DONNÉES PERSONNELLES

Nom  Prénom  Sexe  Etat civil  Date de naissance

Adresse du domicile   Sans domicile fixe  Tél. principal  Tél. secondaire

N° AVS

Nationalité  Origine  Permis de séjour/établissement  B  C  F  N  NEM  Sans permis

Email  Langue maternelle  Religion / Confession

Communication en français :  bonne  difficultés :

Enfant(s) mineur(s) à charge  non  oui, système de garde :

**DIRECTIVES ANTIPOURVUES**  non  oui  inconnu du professionnel  en annexe  déposées auprès de

**MANDAT POUR INAPTITUDE**  non  oui  inconnu du professionnel  en annexe  déposées auprès de

**PLAN DE CRISE CONJOINT (PCC)**  non  oui  inconnu du professionnel  à envisager entre les différents partenaires

### 2. ASSURANCES

Maladie Caisse  N° assuré

Accident Caisse  N° assuré

Complémentaire Caisse  N° assuré

### 3. ASSURANCES SOCIALES

Assurances sociales	Non	Oui	Démarche en cours	Inconnu du professionnel
RI (Revenu d'insertion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVS (Assurance vieillesse et survivants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AI (Assurance invalidité) Type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LPP (Prévoyance professionnelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PC (Prestations complémentaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RFM (Remboursement des frais de maladie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
API (Allocation pour impotence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OWAM (Subside de l'Office valaisois de l'assurance-maladie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Document Médico-Social de Transmission - version 3.1 16

Nom et prénom de la personne

### 4. ACTIVITÉ LUCRATIVE

Profession  Employeur actuel

Taux d'occupation  Chômage  non  oui, depuis le

Arrêt de travail Depuis le  %  Par qui

### 5. MESURES

Mandat judiciaire  non  oui, préciser l'article

Curatelle  non  oui, de type :  accompagnement  représentation  coopération  portée générale

Placement à des fins d'assistance (PLAFA ou PAFa)  non  oui  annexe  démarches en cours  inconnu du professionnel

Date de la demande PLAFA  Date de décision PLAFA

PLAFA demandé par  Date d'entrée en vigueur PLAFA

Mesures ambulatoires (MA)  non  oui, nom du médecin en charge des MA

Protocole mesures de contrainte  non  oui  en annexe

### 6. RÉSEAU

#### FAMILLE, ENTOURAGE & PROCHES AIDANTS (y.c. représentant thérapeutique, représentant légal, curateur, représentant administratif, mandataire (mandat pour inaptitude), etc.)

Nom	Prénom	Lien avec la personne	Rôle	Contact	Vit avec la personne
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### PROFESSIONNELS (EMS, CMS, médecin hospitalier, médecin traitant, IDL, pharmacie, assistant(e) sociale), équipe mobile soins palliatifs ou psychiatrie de l'âge avancé, centre de la mémoire, physiothérapeute, ergothérapeute, Centre d'Accueil Temporaire, association, etc.)

Nom	Prénom	Rôle	Commentaires
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Document Médico-Social de Transmission - version 3.1 26

Nom et prénom de la personne

### 7. CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

Date de l'évaluation

**PARCOURS DE VIE** Contexte de l'hospitalisation, parcours institutionnel, faits marquants, habitudes de vie, besoins, ressources personnelles, loisirs, activités, etc.

**HABITAT** Barrières architecturales, étages, moyens auxiliaires installés (planche de bain, poignée, main courante), animaux domestiques, etc.

**PROBLÉMATIQUES** Épuisement des proches aidants, contexte familial, problème de ressources, de matériel, etc.

**PROJET DE LA PERSONNE** À remplir avec la personne concernée ou son représentant thérapeutique.

Document Médico-Social de Transmission - version 3.1 36

Nom et prénom de la personne

### 8. AVQ

	Evaluation	Description / Actions mises en place
	0 1 2 3 4 5 6 8	
S'alimenter, boire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Bain, douche	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Stabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Continence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Continence fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Utilisation des toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

### 9. AIVQ

	Evaluation	Description / Actions mises en place
	0 1 2 3 4 5 6 8	
Usage du téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ménage courant	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Préparation des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Faire la lessive, entretenir le linge	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Gestion des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Gestion de l'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Gérer ses liens sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

### 10. MOBILITÉ

	Evaluation	Description / Actions mises en place
	0 1 2 3 4 5 6 8	
Transferts (lit-fauteuil-début)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Déplacement à l'intérieur sur le même étage	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Marcher à l'intérieur sur le même étage	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Utilisation des moyens de transports	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Monter/descendre les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Utilisation de l'élèveur (cigogne)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="text"/>
Utilisation des moyens auxiliaires	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

### 11. COMMUNICATION / VISION

	Evaluation	Description / Actions mises en place
	0 1 2 3 4 5 6 8	
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Audition	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

### 12. FONCTIONS COGNITIVES

	Evaluation	Description / Actions mises en place
	0 1 2 3 4 5 6 8	
Mémoire à court terme	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Signes d'état confusionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Comprendre les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fautes cognitives pour les décisions courantes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

### 13. Scores

	Evaluation	Description / Actions mises en place
	0 1 2 3 4 5 6 7 8	
AIVQ échelle hiérarchique	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Échelle de performance cognitive version 2	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Document Médico-Social de Transmission - version 3.1 46

(Suite)

Nom et prénom de la personne

### 14. BILAN DE SANTÉ AU MOMENT DE L'ÉVALUATION (SOMATIQUE & PSYCHIQUE)

Manifestations	Descriptions / Actions
Respiration	
Alimentation, hydratation, état nutritionnel	
Élimination	
État de la peau, plaies, cicatrices	
Mobilité (chute, posture, coordination)	
Addictions	
Douleur	
Humeur (tristesse, anxiété, etc.)	
Fugue, déambulation, errance	
Sommeil, fatigue	
Violence envers soi-même ou autrui	
État cognitif	
Autres (cardiaque, neurologique, etc.)	

### 15. SPÉCIALISTES (psychothérapeutes, ergothérapeutes, assistantes sociales, diététiciennes, infirmières spécialisées, etc.)

Bilans, remarques et commentaires

Document Médico-Social de Transmission - version 3.1 56

Nom et prénom de la personne

### 16. TRAITEMENTS & SOINS

Objectifs de soins et d'accompagnement de la personne <sup>(\*)</sup> (y compris la décision de la séance « entretien de réseau »)

Adhésion à la décision : la personne  l'entourage  les professionnels

Soins à poursuivre & soins à prévoir  en annexe

Suivi ambulatoire  non  oui :

Allergies connues <sup>(\*\*)</sup>  non  oui :

Consultations planifiées  Consultations à prévoir

Ordonnance <sup>(\*\*)</sup>  En annexe

Document médical (DMT) <sup>(\*\*)</sup>  En annexe  Suit

Plan de traitement <sup>(\*)</sup>  En annexe

Evaluations spécifiques en annexe (évaluation de la douleur, suivi d'une plaie, suivi glycémique, courbe de poids, etc.)

Autres documents remis :

### 17. TRANSFERT

Rédacteur du DMST présent le jour du transfert  non  oui

Transport effectué le  Heure du transfert

Transport effectué par  Enveloppe de transfert  non  oui

Médicaments pris le jour du transfert  inconnus du professionnel  gérés par la personne transférée

DESCRIPTION	MATIN	MIDI	SOIR
<input type="text"/>			

### 18. INVENTAIRE

Transféré avec  lunettes  appareil dentaire  appareil acoustique

canne  déambulateur  chaise roulante

autre, préciser :

Objet(s) perdus  non  oui :

Objet(s) en recherche  non  oui :

### 19. VALIDATION

La personne (et/ou son représentant) a été informée et a donné son accord au projet de transfert ou au projet de retour à domicile avec aide ambulatoire, qui implique la transmission de données médicales et médico-sociales aux partenaires concernés. <sup>(\*)</sup>  oui  non

Document validé par <sup>(\*)</sup>  Le <sup>(\*)</sup>  Fonction <sup>(\*)</sup>

La présence des noms des signataires atteste de la validation électronique du document par ces derniers.

Document Médico-Social de Transmission - version 3.1 56

# MÉTHODE

## ANNEXE 5 : Relevé des activités de coordination



EVALUATION PILOTE

Pilote SAMS

### Fiche de relevé des activités de coordination

#### Identification de la structure SAMS

Nom de l'institution                      Structures SAMS                      Autres précisions

Date de la coordination :	Durée de la coordination :
---------------------------	----------------------------

Coordination demandée par :	Coordination organisée par :
<input type="checkbox"/> CMS <input type="checkbox"/> Hôpital / clinique	<input type="checkbox"/> CMS <input type="checkbox"/> Hôpital / clinique
<input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> Proche	<input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> Médecin de famille
<input type="checkbox"/> CS <input type="checkbox"/> Médecin famille	<input type="checkbox"/> CS <input type="checkbox"/> BRIO
<input type="checkbox"/> LP <input type="checkbox"/> Bénéficiaire SAMS	<input type="checkbox"/> LP
<input type="checkbox"/> BRIO <input type="checkbox"/> Autres, préciser :	<input type="checkbox"/> Autres, préciser :

#### Type de coordination

- Par téléphone                       Par courriel                       Autres, préciser :
- En face à face (colloque), préciser qui conduit la séance :
- Collaborateur/trice du CMS
  - Collaborateur/trice de la structure SAMS
  - Médecin de famille
  - Autres, préciser :

#### Données d'identification du bénéficiaire SAMS

N° de dossier du bénéficiaire (même que celui dans xxx) :

Uniquement pour les usagers des CAT ou des LP, indiquer la structure du réseau intervenant :

- CMS
- OSAD de l'EMS
- Autres, précisez :

### Motifs de l'activité de coordination (besoins, préoccupations, etc.)

- Préoccupation générale sur la situation socio-sanitaire du bénéficiaire des SAMS
- Besoin de transmettre un changement observé dans la situation du bénéficiaire des SAMS
- Besoin de discuter d'un changement observé dans la situation du bénéficiaire des SAMS
- Besoin de comprendre l'absence d'un bénéficiaire des SAMS
- Besoin de discuter, clarifier les objectifs de l'offre en soins et accompagnement
- Besoin de réaliser une co-évaluation de la situation du bénéficiaire des SAMS avec interRAI Check-up (iCU) ou interRAI Screener (iScreener)
- Besoin de discuter des résultats d'évaluation iCU ou iScreener
- Besoin de clarifier les prestations de soins et accompagnement du bénéficiaire des SAMS
- Autres, préciser :

### Buts de l'activité de coordination (objectifs, résultats souhaités)

- Organiser de l'accueil, l'admission d'un nouveau bénéficiaire des SAMS
- Informer le réseau informel (proches) d'un événement concernant le bénéficiaire des SAMS
- Informer le partenaire de réseau d'un événement concernant le bénéficiaire des SAMS
- Obtenir de l'information sur la situation socio-sanitaire d'un bénéficiaire des SAMS
- Co-définir les objectifs de soins et d'accompagnement du bénéficiaire des SAMS
- Déterminer le projet de sortie du bénéficiaire des SAMS
- Articuler les prestations de soins et d'accompagnement entre SAMS et partenaire du réseau
- Autres, préciser :

### Quels domaines socio-sanitaires ou résultats cliniques de l'iCU, de l'iScreener ont été utilisés durant l'activité de coordination ?

<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Score iScreener $\geq 4$
<input type="checkbox"/> Difficulté dans les conditions d'habitation	<input type="checkbox"/> Indicateur de réhabilitation
<input type="checkbox"/> Difficulté cognitif (décision, mémoires)	<input type="checkbox"/> Echelle de communication
<input type="checkbox"/> Difficulté d'alimentation ou bucco-dentaire	<input type="checkbox"/> Echelle de sévérité des atteintes sensorielles
<input type="checkbox"/> Difficulté dans les relations sociales	<input type="checkbox"/> Echelle de performance cognitive
<input type="checkbox"/> Difficulté de l'aide informelle	<input type="checkbox"/> Echelle d'humeur auto-déclarée
<input type="checkbox"/> Difficulté pour marcher, intolérance à l'effort	<input type="checkbox"/> Echelle de douleur
<input type="checkbox"/> Dyspnée	<input type="checkbox"/> Echelle hiérarchique des AVQ
<input type="checkbox"/> Vertige, étourdissement	<input type="checkbox"/> Echelle hiérarchique AIVQ
<input type="checkbox"/> Difficulté dans le sommeil	<input type="checkbox"/> Echelle fonctionnement dans les AVQ et AIVQ
<input type="checkbox"/> Ressources limitées (accès logement, finance)	<input type="checkbox"/> Alarme de communication
<input type="checkbox"/> Situation stressante récente	<input type="checkbox"/> Alarme de douleur
<input type="checkbox"/> Score iScreener $\leq 3$	<input type="checkbox"/> Alarme de chutes

### Autres éléments déclencheurs de l'activité de coordination non-présent dans la liste au-dessus ?

Merci de préciser :

## ANNEXE 6 : Caractéristique de la situation (complexité)

Adaptation « Minnesota Complexity Assessment Method »

Une adaptation du « Minnesota Complexity Assessment Method » (MCAM) a été faite pour appréhender la complexité des situations des usagers. Le domaine « Ressource pour les soins » du MCAM explorant des compétences de communication et des questions de financement a été remplacé par le domaine « Littéracie en santé » du « Patient Centred Assessment Method » explorant des compétences en santé (compréhension et gestion de sa santé). Traduction libre.



EVALUATION PILOTE

Pilote SAMS

N° dossier bénéficiaire SAMS

### Caractéristiques de la situation<sup>1</sup>

A remplir **une fois** pour chaque bénéficiaire des SAMS.

Etat de santé	0. Pas de manifestations d'instabilité physique ou psychique	0			
	1. Manifestations légères d'instabilité physique ou psychique		1		
	2. Manifestations moyennes à sévères d'instabilité physique ou psychique			2	
	3. Manifestations sévères d'instabilité physique ou psychique				3
Disposition à s'engager	0. Absence de détresse, de tension ou de préoccupation	0			
	1. Légère détresse, tension, difficulté de concentration		1		
	2. Détresse moyenne tel que : anxiété, dépression ou confusion			2	
	3. Détresse sévère avec des troubles du comportement tel que l'agitation				3
Aspects sociaux	0. Prêt et intéressé à participer activement aux activités/soins - coopère	0			
	1. Ambivalence mais participant aux activités/soins		1		
	2. Rupture majeure face aux proposition d'activités/soins : passivité, indifférence			2	
	3. Rupture majeure face aux propositions d'activités/soins : défiance, refus négociation				3
Aspects sociaux	0. Situation de vie à domicile (SVD) stable et sécuritaire	0			
	1. SVD stable et sécuritaire avec peu de problèmes relationnels, dysfonctionnements sociaux		1		
	2. Stabilité et sécurité de la SVD questionnable			2	
	3. SVD instable et non sécuritaire				3
Aspects sociaux	0. Bonnes interactions, relations avec la famille, les amis ou autres entourages	0			
	1. Restrictions des relations dans un des domaines suivants : famille, amis, entourage		1		
	2. Restrictions des relations dans deux des domaines suivants : famille, amis, entourage			2	
	3. Restrictions des relations dans les trois domaines suivants : famille, amis, entourage				3
Système de santé	0. Un fournisseur de soins actifs (médecin)	0			
	1. Plus de ou moins de : un fournisseur de soins actifs		1		
	2. Plusieurs fournisseurs médicaux ou de soins/accompagnement (médecin, CMS, etc.)			2	
	3. En plus, important engagement d'autres services du système de santé				3
Système de santé	0. Relations avec le soignant ou l'équipe semblent intacts et collaboratives	0			
	1. Relations majoritairement intacts ; au moins 1 personne méfiante ou distantes		1		
	2. Plusieurs relations méfiantes ou distantes ; au moins 1 relation intacte			2	
	3. Méfiance évidente dans toutes les relations entre usagers et soignant/équipe				3
Littéracie en santé	0. A une bonne compréhension de ses problèmes de santé (symptômes, signes et facteurs de risque) et est engagé dans la gestion de la santé ou prêt à l'entreprendre.	0			
	1. A une bonne compréhension de ses problèmes de santé (symptômes, signes et facteurs de risque) mais ne sent pas, actuellement, en position/capable de s'engager dans une gestion de sa santé.		1		
	2. Compréhension limitée avec effet sur la capacité d'entreprendre une meilleure gestion de sa santé.			2	
	3. Compréhension très limitée avec plusieurs effets sur la capacité de gestion de sa santé.				3
Littéracie en santé	0. Communication claire et ouverte, pas de obstacles/barrières <sup>2</sup> identifiés	0			
	1. Communication adéquate, avec ou sans obstacles <sup>1</sup> mineurs		1		
	2. Quelques difficultés de communication avec ou sans barrières <sup>1</sup> modérées			2	
	3. Difficultés sérieuses de communication, avec de graves obstacles <sup>1</sup>				3

<sup>1</sup> Inspiré du « Minnesota Complexity Assessment Method » et du « Patient Centred Assessment Method »

<sup>2</sup> Obstacles/barrières : langue, surdité, aphasie, problèmes d'addiction (alcool ou de drogue), difficultés d'apprentissage, concentration

## ANNEXE 7 : Questionnaire Evaluateurs SAMS



**coRAI**  
Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

# EVALUATION DU PROJET PILOTE SAMS

## Questionnaire SAMS « Evaluateur »

Chères participantes, chers participants,

Dans le but d'évaluer le pilote coRAI-SAMS, le questionnaire ci-après pose une série de questions visant à recueillir des informations pour décrire :

- La valeur ajoutée des activités de coordination basées sur les résultats d'une évaluation interRAI (iScreener et/ou iCU)
- La valeur ajoutée du langage standardisé interRAI pour la coordination et continuité des soins
- Le caractère approprié des instruments interRAI utilisés (iScreener et iCU) pour les structures SAMS

Le temps pour répondre aux 39 questions est estimé à **une heure**.

Cordiales salutations.

Andreina D'Onofrio et Hélène Chenevey Antoine

---

### 1. Indiquer votre institution :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

### 2. Quelle est votre profession (diplôme) :

### 3. Quelle fonction occupez-vous :

### 4. Quelle est le nombre d'années d'expérience professionnelle depuis votre diplôme :

### 5. Quelle est votre année de naissance :

### 6. Indiquer la-les personne.s de contact de.s institution.s du-des partenaires du réseau de santé :



**7. Avez-vous réalisé des colloques de coordination en face à face ?**

- Oui, avec le.s partenaire.s du-des réseau.x de santé et entre les collaborateurs du SAMS
- Oui, uniquement avec le.s partenaire.s du-des réseau.x de santé
- Oui, uniquement entre collaborateurs du SAMS
- Autres, merci de préciser : \_\_\_\_\_

<b>8. Pensez-vous que l'évaluation avec ...</b>	<b>Oui</b> , pour la plupart des usagers qui ont été évalués	<b>Oui</b> , pour environ un des usagers sur deux qui ont été évalués	<b>Non</b> , pour la plupart des usagers qui ont été évalués
L'iScreeener apporte une plus-valu pour la coordination et la continuité des soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l'ICU apporte une plus-valu pour la coordination et la continuité des soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Entre l'instruments iScreeener et l'ICU, lequel a, selon vous, une valeur ajoutée pour la coordination et la continuité des soins ?**

*Choisir **une réponse** parmi les propositions suivantes :*

- iScreeener
- ICU
- ni l'iScreeener ni l'ICU

<b>10. Concrètement, la coordination avec les résultats de l'ICU a-elle permis de ...</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Je ne sais pas</b>
clarifier, de mieux cibler les besoins bio-psycho-sociaux de l'utilisateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
faciliter la formulation d'objectifs soins/accompagnement partagés de part une compréhension commune de l'état de santé de l'utilisateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de coordonner les actions des différents intervenants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'identifier le besoin de planifier un réseau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'évaluer collectivement l'atteinte des objectifs de soins et accompagnement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
favoriser l'implication de l'utilisateur dans son processus de soin (autogestion de sa santé) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
favoriser l'implication des proches aidants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
déterminer comment le plan d'accompagnement/soins est partagé avec l'utilisateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« rentabiliser » le temps d'échange entre professionnel (efficience) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'identifier et mettre en valeur les ressources et les capacités de l'utilisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'observer des changements de capacité dans le temps pour identifier un déclin précoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'anticiper et prévenir des déclin (fonctionnels, cognitifs, de l'humeur, comportementaux, sociaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
faire un suivi de manière standardisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
identifier des zones grises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Selon vous, est-ce que les effets concrets de la coordination avec les résultats de l'ICU auxquels vous venez de répondre (questions 10) ont été possible en raison de :**

*Choisir **une réponse** parmi les propositions suivantes :*

- Il n'y a pas eu d'effets concrets
- L'utilisation d'un langage « clinique » partagé entre partenaire
- La fréquence mensuelle des coordinations en face à face
- Autres, préciser : \_\_\_\_\_

**12. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chacun des énoncés (problèmes) cliniques au travers du langage interRAI en fonction de votre expérience d'utilisation.**

<b>Les énoncés cliniques interRAI</b>	<b>D'accord</b>	<b>Plutôt d'accord</b>	<b>Ni d'accord ni pas d'accord</b>	<b>Plutôt pas d'accord</b>	<b>Pas d'accord</b>
... sont explicites, ils évoquent des problèmes cliniques proches du langage professionnel utilisé entre partenaire du réseau de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sont faciles à apprendre, retenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sont faciles à utiliser aux quotidiens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... simplifient, fluidifient les interactions entre les partenaires du réseau de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... créent une atmosphère soutenant les échanges.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... favorisent la reconnaissance de la spécificité de chacun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... favorise l'intercompréhension des problèmes cliniques entre les partenaires du réseau de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... peuvent être utilisé sans vulgarisation auprès des usagers et des proches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mettent en valeur les ressources et les capacités de l'utilisateur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Avez-vous produit un document contenant les résultats de l'activité de coordination ?**

- Oui
- Non

**14. Le document avec les résultats de l'activité de coordination est-il disponible (remis ou rendu accessible) à tous les partenaires du réseau ?**

- Oui
- Non

**15. Avez-vous eu accès au document contenant les résultats de la coordination par :**

*Choisir **une réponse** parmi les propositions suivantes :*

- Courriel (pdf joint)
- Version papier remise le jour même
- Aucun document a été remis
- Autres, préciser : \_\_\_\_\_

**16. Avez-vous utilisé un document contenant les résultats de l'activité de coordination pour le/votre suivi de l'utilisateur SAMS ?**

- Oui
- Non

**17. Sur la base de vos expériences dans ce pilote, un colloque de coordination mensuel en face à face devrait-il être maintenu ?**

- Oui
- Non
- N'a pas été testé

**18. Selon vous, quelle est la fréquence des colloques de coordination (en face à face) qui serait adaptée pour le suivi des situations évaluées avec l'iCU ?**

1x/sem.	2x/mois	1x/mois	1x/3 mois	1x/6 mois	1x/9 mois	Selon les objectifs
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19. Dans le futur, comment voyez-vous la place d'une évaluation avec un instrument interRAI entre partenaire du réseau de santé<sup>3</sup> ?**

*Choisir **une réponse** parmi les propositions suivantes :*

- Réalisée avec les professionnels de la structure SAMS
- En 3 étapes : 1) Chacun réalise une évaluation ; 2) discussion des résultats divergents entre partenaires professionnels et 3) discussion avec l'utilisateur des SAMS (et/ou proches)
- Si l'utilisateur des SAMS bénéficie des soins à domicile, réalisée par les professionnels des soins à domicile et transmission à la structure SAMS
- Si l'utilisateur des SAMS n'a pas de soins à domicile, réalisée par les professionnels des SAMS avec transmission au médecin traitant qu'il transmettra aux soins à domicile en cas de mandat
- Autres : \_\_\_\_\_

**20. A ressources identiques, comment la pratique d'un colloque de coordination en face à face pourrait être pérennisée ?**

<sup>3</sup> Professionnel de la structure SAMS (infirmière, travailleur social, etc.), infirmière du CMS, de l'OSAD, du BRIO, médecin de famille, proches aidants.

**21. Avez-vous utilisé l'iScreener pour identifier les usagers pouvant bénéficier d'une évaluation clinique ?**

- Oui
- Non

**22. Pour les usagers évalués avec iScreener, est-ce que celle-ci a conduit à :**

*Choisir **une réponse** parmi les propositions suivantes :*

- Une évaluation avec l'ICU par vous-même ?
- Une évaluation avec l'ICU coordonnée avec l'infirmière du CMS ?
- Une évaluation RAI-HC par l'infirmière du CMS ?
- Une évaluation clinique autre (non interRAI) ?
- L'organisation d'une coordination avec le médecin traitant/famille ?
- L'organisation d'une coordination à l'interne du SAMS ?
- L'organisation d'une coordination avec l'utilisateur et/ou son proche aidant ?
- Aucune action

**23. Listez les critères que vous avez utilisé pour décider d'évaluer les usagers avec l'ICU ? (si vous n'avez pas de critère notez « non appliquer »)**

<b>24. Par rapport à la pratique clinique courante dans le CAT, veuillez indiquer si l'évaluation de type iCU apporte, en général, une plus-value sur les aspects suivants :</b>	<b>Oui</b>	<b>Plutôt oui</b>	<b>Ni plutôt oui ou non</b>	<b>Plutôt non</b>	<b>Non</b>
Une vue d'ensemble de la situation de l'utilisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un dépistage des principaux besoins en soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un bilan de l'état fonctionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une aide pour élaborer un plan d'accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. Comment le médecin de l'utilisateur des SAMS a-t-il été impliqué dans le pilote :**

*Choisir **une réponse** parmi les propositions suivantes :*

- Il/elle a participé à une ou plusieurs coordinations en face à face.
- Il/elle a été informé (par courriel sécurisé ou téléphone) des résultats de l'évaluation avec iCU.
- Il/elle a été informé (par courriel sécurisé ou téléphone) de la coordination des soins envisagées.
- Il/elle n'a pas été impliqué.
- Autre : \_\_\_\_\_

**26. A votre avis, d'un point de vue clinique, à quelle fréquence devrait-on faire une évaluation interRAI de type iCU ?**

Tous les mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois	Tous les 9 mois	1x par année
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27. A votre avis d'un point de vue clinique, à quel moment devrait-on faire une évaluation interRAI, de type iCU ?**

Admission	Changement état santé	Fin de séjour	En fonction des objectifs de soins
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**28. Selon vous, à ressources identiques, comment la pratique d'un colloque de coordination entre partenaires de santé centré sur l'établissement d'un plan de soins et accompagnement commun sur la base des résultats d'une évaluation interRAI (par ex. : iCU) pourrait être développé et maintenu ?**

**29. Dans le futur, comment voyez-vous, la place d'une évaluation interRAI (par ex. : iCU) ?**

*Choisir **une réponse** parmi les propositions suivantes :*

- Elle serait utile en l'état en complément du système d'évaluation en place.
- Elle serait utile avec certaines adaptations en complément du système d'évaluation en place.
- Elle serait utile en l'état en remplacement du système d'évaluation en place.
- Elle serait utile avec certaines adaptations en remplacement du système d'évaluation en place.
- Elle serait inutile.
- Elle serait péjorative.

**30. Si « inutile » ou « péjorative », veuillez expliciter votre réponse :**

**31. Si des « besoins d'adaptation » sont nécessaires, veuillez indiquer ci-après les thèmes clinico-administratifs que vous aimeriez voir maintenue(s) ou retire(s).**

Domaines de l'ICU	Thèmes	Maintenir	Retirer
Identification et admission	Raison de l'évaluation ( <i>initiale, réévaluation périodique ou liée à un changement, de retour, de sortie, autres</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lieu d'hébergement au moment de l'évaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condition d'habitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faculté cognitive	Faculté cognitive pour les décisions courantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mémoire à court terme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Changement de facultés cognitives pour les décisions courantes par rapport à il y a 90 jours (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci est plus récente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication et vision	Se faire comprendre – expression du contenu de l'information verbale et non verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Capacité à comprendre les autres (compréhension, à l'aide de l'appareil auditif habituel, le cas échéant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humeur et bien-être psychosocial	Humeur auto-déclarée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les relations sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aide informelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat fonctionnel	Le niveau d'indépendance ou dépendance dans les AIVQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le niveau d'indépendance ou dépendance dans les AVQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Principale mode de déplacement à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endurance – nombre d'heures d'activité physique (par ex. : marche, faire le ménage, exercices) au cours des 3 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sortie du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Changement de performance des AVQ par rapport à il y a 90 jours (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci est plus récente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat de santé	Continence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fréquences des problèmes de santé ( <i>vertige ou étourdissement ; démarche instable ; difficultés d'endormissement et à dormir de façon continue, réveil précoce, agitation, sommeil non réparateur ; œdème périphérique</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dyspnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthénie (fatigue) – incapacité d'effectuer ses activités habituelles (AVQ, AIVQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Symptômes de douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problèmes cutanés majeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Instabilité des conditions de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autoévaluation de la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabète sucré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat nutritionnel bucco-dentaire	Etat nutritionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Etat bucco-dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consul médicale	Séjours à l'hôpital, consultation aux urgences, visites médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressources	Accessibilité limitée du logement ou des pièces à l'intérieur du logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Difficultés financières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Événement stressant au cours des 90 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**32. De même, veuillez préciser quelles alertes (CAPs) ou échelles aimeriez-vous voir maintenue(s) ou retirée(s) :**

<b>Echelles et alertes de l'ICU</b>	<b>Maintenir</b>	<b>Retirer</b>
Indicateur de réhabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echelle de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echelle de sévérité des atteintes sensorielles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echelle de performance cognitive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echelle d'humeur auto-déclarée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echelle de douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echelle de hiérarchique AVQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echelle de hiérarchique AIVQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echelle du fonctionnement dans les AVQ et AIVQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alarme de douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alarme de chute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**33. Finalement, veuillez préciser quelles alertes (CAPs) ou échelles vous aimeriez-vous voir ajoutée(s) :**

<b>Liste non exhaustive</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Alarme delirium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alarme risque de dénutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echelle d'évaluation du comportement agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anhédonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echelle d'addiction et usage de substance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echelle d'évaluation des symptômes positifs (hallucinations, délires, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echelle de risque d'infliger du tort aux autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indice d'autonomie (risque d'incapacité de prendre soin de soi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echelle de gravité de l'acte autodestructeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**34. A votre avis, quels autres ajouts seraient-ils nécessaires de faire ?**

**35. Si une évaluation interRAI devait être implantée dans les structures SAMS, quel type d'informatisation de l'évaluation souhaiteriez-vous ?**

*Choisir **une réponse** parmi les propositions suivantes :*

- Intégré dans le dossier informatique de l'utilisateur
- Un portail web sécurisé (plateforme internet)
- Intégré dans le dossier informatique de l'utilisateur avec un support mobile (tablette)
- Autres : \_\_\_\_\_

**36. De manière générale, les étapes de la démarche interRAI correspondent-elles aux besoins professionnels pour définir et assurer le suivi de l'offre en soins/accompagnement des usagers en termes de :**

	Satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Neutre	Plutôt insatisfaisant	Insatisfaisant
Recueil de données standardisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse et interprétation des résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discussion interprofessionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan thérapeutique coordonné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>37. La démarche interRAI ...</b>	Oui	Non
Correspond-elle à vos manières d'appréhender et de pratiquer votre profession ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-elle en phase, cohérente avec l'approche institutionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38. De quoi auriez-vous besoin pour mieux comprendre et interpréter les résultats de l'évaluation iCU ?**

<b>39. De votre point de vue, est-ce qu'un instrument interRAI pour évaluer ...</b>	Oui	Non	Je ne sais pas
... les besoins du proche aidant serait-il nécessaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... la perception qu'à l'utilisateur de sa qualité de vie serait-il nécessaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**40. Veuillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs au pilote SAMS :**

**MERCI de votre collaboration, engagement et excellente continuation**



## ANNEXE 8 : Questionnaire Evalueurs PART



**coRAI**  
Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

# EVALUATION DU PROJET PILOTE SAMS

## Questionnaire Evalueur SAMS-Partenaire

Chères participants, chers participants,

Dans le but d'évaluer le pilote coRAI-SAMS, le questionnaire ci-après pose une série de questions visant à recueillir des informations pour décrire :

- La valeur ajoutée d'une activité de coordination basée sur les résultats d'une évaluation interRAI (iScreener et/ou iCU)
- La valeur ajoutée du langage standardisé interRAI pour la coordination et continuité des soins
- Le caractère approprié des instruments interRAI utilisés (iScreener et iCU) pour les structures SAMS

Le temps pour répondre aux 22 questions est estimé à **une heure**.

En cas de besoin, merci de contacter l'Helpdesk :021/721 01 60

Cordiales salutations.

Andreina D'Onofrio et Hélène Chenevey Antoine

---

### 1. Si vous le souhaitez, indiquez votre courriel:

### 2. Indiquez l'institution du pilote SAMS auquel vous participez:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

### 3. Indiquez la-les structures SAMS qui est-sont concernée-s:

<input type="checkbox"/> Courts Séjours	<input type="checkbox"/> Centre d'Accueil Temporaire	<input type="checkbox"/> Logements Protégés
---	--	---

### 4. Indiquez votre réseau de santé \*

<input type="checkbox"/> RSRL	<input type="checkbox"/> RSLC	<input type="checkbox"/> RSNB	<input type="checkbox"/> RSHL
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

### 5. Indiquez votre année de naissance: \*

### 6. Indiquez votre profession (diplôme): \*

### 7. Indiquez le nombre d'année d'expérience depuis votre diplôme: \*

### 8. Indiquez votre fonction: \*

**9. Pensez-vous que l'évaluation avec l'interRAI Scener des usagers des SAMS (CS, CAT et LP) facilite la coordination et la continuité des soins? \***

	CAT	LP	CS
Oui, pour la plupart des usagers qui ont été évalués			
Oui, pour environ un usager sur deux qui a été évalué			
Non, pour la plupart des usagers qui ont été évalués			

**10. Pensez-vous que l'évaluation avec l'iCU des usagers des SAMS facilite la coordination et la continuité des soins? \***

	CAT	LP	CS
Oui, pour la plupart des usagers qui ont été évalués			
Oui, pour environ un usager sur deux qui a été évalué			
Non, pour la plupart des usagers qui ont été évalués			

**11. Entre l'évaluation avec l'iScreeener et celle avec l'iCU, laquelle a, selon vous, une valeur ajoutée pour la coordination et la continuité? \***

<input type="checkbox"/> iScreeener	<input type="checkbox"/> iCU	<input type="checkbox"/> ni l'iScreeener ni l'iCU
-------------------------------------	------------------------------	---

**12. Concrètement, la coordination avec les résultats de l'iCU a-t-elle permis de ...\***

	Oui	Non	Je ne sais pas
clarifier, de mieux cibler les besoins bio-psycho-sociaux de l'utilisateur ?			
faciliter la formulation d'objectifs soins/accompagnement partagés de part une compréhension commune de l'état de santé de l'utilisateur ?			
de coordonner les actions des différents intervenants ?			
d'identifier le besoin de planifier un réseau ?			
d'évaluer collectivement l'atteinte des objectifs de soins et accompagnement ?			
favoriser l'implication de l'utilisateur dans son processus de soin (autogestion de sa santé) ?			
favoriser l'implication des proches aidants ?			
déterminer comment le plan d'accompagnement/soins est partagé avec l'utilisateur ?			
« rentabiliser » le temps d'échange entre professionnel (efficacité) ?			
Identifier et mettre en valeur les ressources et les capacités de l'utilisateur			
Observer des changements de capacité dans le temps pour identifier un déclin précoce			
Anticiper et prévenir des déclins (fonctionnels, cognitifs, de l'humeur, comportementaux, sociaux)			
Faire un suivi de manière standardisée			
Identifier des zones grises			

**13. Selon vous, est-ce que les effets concrets de la coordination avec les résultats de l'ICU auxquelles vous venez de répondre ont été possible en raison de : \***

*Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- L'utilisation d'un langage "clinique" partagé entre partenaires
- La fréquence mensuelle des coordinations en face à face
- Le langage "clinique" partagé et la coordination en face à face mensuelle
- Il n'y a pas eu d'effets concrets
- Autre

**14. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chacun des énoncés cliniques au travers du langage interRAI en fonction de votre expérience d'utilisation. Les énoncés cliniques interRAI ... \***

	D'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord
... sont explicites, ils évoquent des problèmes cliniques proches du langage professionnel utilisé entre partenaire du réseau de santé.					
... sont faciles à apprendre, retenir.					
... sont faciles à utiliser aux quotidiens.					
... simplifient, fluidifient les interactions entre les partenaires du réseau de santé.					
... créent une atmosphère soutenant les échanges.					
... favorisent la reconnaissance de la spécificité de chacun.					
... favorisent l'intercompréhension des problèmes cliniques entre les partenaires du réseau de santé.					
... peuvent être utilisé sans vulgarisation auprès des usagers et des proches.					
... mettent en valeur les ressources et les capacités de l'utilisateur					

**15. Avez-vous produit un document contenant les résultats de l'activité de coordination ?\***

- Oui                       Non

**16. Le document avec les résultats de l'activité de coordination est-il disponible (remis ou rendu accessible) à tous les partenaires du réseau ? \***

- Oui                       Non

**17. Avez-vous eu accès au document contenant les résultats de la coordination par : \***

- Courriel
- Document papier remis le jour même
- Aucun document a été remis
- Autre

18. **Avez-vous utilisé un document contenant les résultats de l'activité de coordination pour le/votre suivi de l'utilisateur SAMS ? \***

- Oui  Non

19. **Sur la base de vos expériences dans ce pilote, un colloque de coordination mensuel en face à face devrait-il être maintenu ? \***

- Oui  Non  N'a pas été testé

20. **Selon vous, quelle est la fréquence des colloques de coordination (en face à face) qui serait adaptée pour le suivi des situations évaluées avec l'ICU dans les SAMS ? \***

	1x/sem	2x/mois	1x tous les 3 mois	1x tous les 6 mois	1x tous les 9 mois	Selon les objectifs
Court séjour						
Centre d'Accueil Temporaire						
Logement protégé						

21. **En raison de votre participation au pilote SAMS, combien d'heures ordinairement non prévues dans votre suivi de l'utilisateur estimez-vous avoir investi, utilisé ? \***

--

22. **Dans le futur, comment verriez-vous la place d'une évaluation avec un instrument interRAI entre partenaires du réseau de santé (professionnels de la structure SAMS, infirmière du CMS, de l'OSAD, du BRIO, médecin de famille, proches aidants, etc.) ? \***

- Finalisée avec les professionnels de la structure SAMS
- En 3 étapes : 1) Chacun réalise une évaluation ; 2) discussion des résultats divergents et 3) discussion avec l'utilisateur des SAMS (et/ou proches)
- Si l'utilisateur des SAMS bénéficie des soins à domicile, réalisée par les professionnels des soins à domicile et transmission à la structure SAMS.
- Si l'utilisateur des SAMS n'a pas de soins à domicile, réalisée par les professionnels des SAMS avec transmission au médecin traitant.
- Autre :

23. **Veillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs au pilote SAMS :**

--

**Merci pour votre participation. Excellente journée.**

## ANNEXE 9 : Questionnaire Responsable SAMS



**coRAI**

Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

# EVALUATION DU PROJET PILOTE SAMS

## Questionnaire SAMS-Responsable

Madame, Monsieur,

Dans le but d'évaluer le pilote coRAI-SAMS, le questionnaire ci-après pose une série de questions visant à donner quelques repères de votre contexte institutionnel.

Le temps pour répondre aux 12 questions est estimé à **20-30 minutes**.

Tout en vous remerciant pour votre collaboration, recevez nos cordiales salutations.

Andreina D'Onofrio et Hélène Chenevey Antoine

### 41. Indiquer la ou les structures SAMS :

CAT	Court Séjour	Logement Protégé
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 42. Veuillez indiquer le/s mandat/s de prestations de votre/vos structure/s d'accueil médico-sociale

### 43. Quelle fonction occupez-vous :

- Responsable des soins et de l'accompagnement,
- Responsable du SAMS
- Responsable de l'institution
- Autre, préciser :

### 44. Veuillez indiquer quel(s) élément(s) ont été des facteurs de motivation pour la participation de votre établissement au pilote SAMS. (Plusieurs réponses possibles)

- L'opportunité de participer à une réflexion sur un projet cantonal
- Un intérêt pour la coordination et la continuité des soins interinstitutionnelles
- Un intérêt pour les apports potentiels d'un système informatique de suivi des usagers
- Un intérêt pour l'action collective orienté vers un but partagé, commun
- Un souci d'efficacité du système de santé
- Autre(s), préciser :

**45. Au niveau organisationnel, quels ont été les facteurs facilitant la mise en œuvre du pilote SAMS dans votre établissement ?**

*(Si aucun facteur facilitant, merci de l'indiquer également).*

**46. Au niveau organisationnel, quels ont été les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre du pilote SAMS dans votre établissement ?**

*(Si aucune difficulté rencontrée à ce niveau, merci de l'indiquer également)*

**EN CAS DE DIFFICULTÉ :**

**47. Quels ont été les moyens mis en œuvre par votre établissement pour surmonter ces difficultés ?**

**48. Les moyens mis en œuvre par votre établissement pour surmonter les difficultés ont-ils été efficaces ?**

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

**USAGERS DES SAMS**

**49. Lorsqu'un usager a besoin de vos prestations, quelles sont les démarches à faire et qui les réalisent ?**

**50. Est-ce qu'il est prévu dans le processus d'admissibilité d'un usager une rencontre en face à face entre partenaire ?**

- Oui, systématiquement
- Oui, à la demande de l'utilisateur/proche
- Oui, si la situation est complexe
- Oui, à la demande du partenaire de santé (infirmière, médecin, etc.)
- Non, jamais

**DÉVELOPPEMENT DURABLE DES PRATIQUES TESTÉES**

**51. Si vous implantiez l'intervention testée (éval interRAI & colloque de coordination en face à face) dans votre institution, quels aménagements (réorganisation du fonctionnement, redistribution de tâche) pensez-vous qu'il serait possible et nécessaire de faire ?**

**52. Quels soutiens externes seraient nécessaires et dans quels buts (par ex. : formation, facturation, etc.) ?**

**Merci noter ici vos commentaires ou remarques**

MERCI de votre collaboration, engagement et excellente continuation  
Andreina D'Onofrio & Hélène Chenevey-Antoine

## ANNEXE 10 : Questionnaire Responsable PART



**coRAI**

Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

# EVALUATION DU PROJET PILOTE SAMS

## Questionnaire Responsable SAMS-Partenaire

Madame, Monsieur,

Dans le but d'évaluer le pilote coRAI-SAMS, le questionnaire ci-après pose une série de questions visant à recueillir quelques informations et avis du partenaire de santé.

Le temps pour répondre aux 12 questions est estimé à **30 minutes**.

En cas de besoin, merci de contacter : 021 721 01 60

Cordiales salutations.

Andreina D'Onofrio et Hélène Chenevey Antoine

### Identification

Si vous le souhaitez, Indiquez votre courriel:

1. Indiquez l'institution du pilote SAMS auquel vous participez: \*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. Indiquez la-les structures SAMS qui est-sont concernée-s: \*

- Courts Séjours
- Centre d'Accueil Temporaire
- Logements Protégés

3. Indiquez votre réseau de santé \*

<input type="checkbox"/> RSRL	<input type="checkbox"/> RSLC
<input type="checkbox"/> RSHL	<input type="checkbox"/> RSNB

4. Indiquez votre année de naissance: \*

5. Indiquez votre profession (diplôme): \*

6. Indiquez le nombre d'année d'expérience depuis votre diplôme: \*

**7. Indiquez votre fonction: \***

**Motivation**

**8. Veuillez indiquer quel(s) élément(s) ont été des facteurs de motivation pour la participation de votre établissement au pilote SAMS: \***

- L'opportunité de participer à une réflexion sur un projet cantonal
- Un intérêt pour la coordination et la continuité des soins interinstitutionnelles
- Un intérêt pour les apports potentiels d'un système informatique de suivi des usagers
- Un intérêt pour l'action collective orienté vers un but partagé, commun
- Un souci d'efficacité du système de santé
- Autre:

**9. Étant donné votre participation au pilote SAMS, combien d'heures ordinairement non prévues dans votre suivi de l'utilisateur estimez-vous que vos collaborateurs ont investi, utilisé ?**

**Organisation**

**10. Dans le futur, comment verriez-vous la place d'une évaluation avec un instrument interRAI entre partenaires du réseau de santé (professionnels de la structure SAMS, infirmière du CMS, de l'OSAD, du BRIO, médecin de famille, proches aidants, etc.) ? \***

- Finalisée avec les professionnels de la structure SAMS
- En 3 étapes : 1) Chacun réalise une évaluation ; 2) discussion des résultats divergents et 3) discussion avec l'utilisateur des SAMS (et/ou proches)
- Si l'utilisateur des SAMS bénéficie des soins à domicile, réalisée par les professionnels des soins à domicile et transmission à la structure SAMS.
- Si l'utilisateur des SAMS n'a pas de soins à domicile, réalisée par les professionnels des SAMS avec transmission au médecin traitant.
- Autre :

**11. Selon vous, à ressources identiques, comment la pratique d'un colloque de coordination en face à face avec les SAMS pourrait-elle être maintenue? \***

**12. Si vous implantiez l'intervention testée (colloque de coordination en face à face lié aux résultats interRAI) dans votre institution, quels aménagements pensez-vous qu'il serait possible et nécessaire de faire ?**

**Veuillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs au pilote SAMS :**

**Merci pour votre participation. Excellente journée.**

Andreina D'Onofrio & Hélène Chenevey-Antoine



## ANNEXE 11 : Données iRAI utilisées dans le relevé de coordination

Catégories	Lien interRAI : Manuels iCU (2019) ou Screener (2019)		Données iRAI : fiche de relevé coordination
Ressources	A 8	Condition d'habitation	Difficulté dans les conditions d'habitation
	I1	Accessibilité limitée du logement ou des pièces à l'intérieur du logement	Ressources limités (accès logement, finance)
		Difficulté financière (empêche recevoir aide médicale ou environnement nécessaire)	
I3	Événement stressant au cours de 90 derniers jours	Situation stressante récente	
Cognition	B1, B2 et B3	Décisions courantes	Difficulté cognitif (décision, mémoires)
		Mémoire à court terme	
		Changement dans la faculté cognitive de prise de décisions courantes (depuis 90 jours ou dernière évaluation)	
	iCU - Output		Echelle de performance cognitive
	iCU - Output		Alarme de communication
Relation	D2	Participation à des activités sociales dont l'intérêt date de longtemps	Difficulté dans les relations sociales
		Solitude	
		Un(e) ami(e) proche dans la communauté	
		Chgt dans les activités sociales au cours 90 j ou dernière évaluation	
	D3	Heures fournies d'aide informelle et surveillance activité par les aidants principaux	Difficulté de l'aide informelle
		Famille ou amis se sentent dépassés par la maladie de la personne	
	iCU - Output		Echelle de communication
iCU - Output		Echelle de sévérité des atteintes sensorielles	
iCU - Output		Echelle d'humeur auto-déclarée	
Etat de santé	G2	Etat bucco-dentaire : dents cassées, fissurées ou altérées. Bouche sèche, difficulté de mastication	Difficulté d'alimentation ou bucco-dentaire
	F3	Démarche instable	Difficulté pour marcher, intolérance à l'effort
	F3	Difficulté d'endormissement et à dormir de façon continue, réveil précoce, agitation, sommeil non réparateur	Difficulté dans le sommeil
	iCU - Output		Echelle de douleur
	iCU - Output		Alarme de chutes
	iCU - Output		Alarme de douleur

(Suite)

<b>Catégories</b>	<b>Lien interRAI : Manuels iCU (2019) ou Screener (2019)</b>		<b>Données iRAI : fiche de relevé coordination</b>
Etat Fonctionnel	iCU - Output		Echelle hiérarchique des AVQ
	iCU - Output		Echelle hiérarchique AIVQ
	iCU - Output		Echelle fonctionnement dans les AVQ et AIVQ
	iCU - Output		Indicateur de réhabilitation
	Screener 2019		Score iScreener < 4
Indices d'instabilité	F4	Dyspnée (essoufflement)	Dyspnée
	F3	Vertige ou étourdissement	Vertige, étourdissement
	Screener 2020		Score iScreener > 4

## ANNEXE 12 : Catégories « Raisons de coordination »

	Catégories	Raisons
<b>Données iRAI</b>	Ressources	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficulté dans les conditions d'habitation</li> <li>▪ Ressources limités (accès logement, finance)</li> <li>▪ Situation stressante récente</li> </ul>
	Cognition	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficulté cognitive (décision, mémoires)</li> <li>▪ Echelle de performance cognitive</li> <li>▪ Alarme de communication</li> </ul>
	Relation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficulté dans les relations sociales</li> <li>▪ Difficulté de l'aide informelle</li> <li>▪ Echelle de communication</li> <li>▪ Echelle de sévérité des atteintes sensorielles</li> <li>▪ Echelle d'humeur auto-déclarée</li> </ul>
	Etat de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficulté d'alimentation ou bucco-dentaire</li> <li>▪ Difficulté pour marcher, intolérance à l'effort</li> <li>▪ Difficulté dans le sommeil</li> <li>▪ Echelle de douleur</li> <li>▪ Alarme de chutes</li> <li>▪ Alarme de douleur</li> </ul>
	Etat Fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Echelle hiérarchique des AVQ</li> <li>▪ Echelle hiérarchique AIVQ</li> <li>▪ Echelle fonctionnement dans les AVQ et AIVQ</li> <li>▪ Indicateur de réhabilitation</li> <li>▪ Score iSE &lt; 4</li> </ul>
	Indices d'instabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dyspnée</li> <li>▪ Vertige, étourdissement</li> <li>▪ Score iSE &gt; 4</li> </ul>
<b>Buts et motifs de coordination</b>	Coordonner	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Articuler les prestations de soins et d'accompagnement entre SAMS et partenaire réseau</li> <li>▪ Co-définir les objectifs de soins et d'accompagnement usager SAMS</li> <li>▪ Déterminer le projet de sortie usager SAMS</li> <li>▪ Besoin de discuter, clarifier les objectifs de l'offre en soins et accompagnement</li> <li>▪ Besoin de clarifier les prestations des soins et d'accompagnement</li> </ul>
	iRAI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Besoin de discuter des résultats d'évaluation iCU ou iSE</li> <li>▪ Besoin de réaliser une co-évaluation de la situation usager SAMS avec iCU ou iSE</li> </ul>
	Informé (santé social)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informer le partenaire de réseau d'un événement concernant usager SAMS</li> <li>▪ Informer le réseau informel (proches) d'un événement concernant l'usager SAMS</li> <li>▪ Obtenir de l'information sur la situation socio-sanitaire usager SAMS</li> <li>▪ Besoin de transmettre un changement observé dans la situation usager SAMS</li> </ul>
	Préoccupations Santé-Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Besoin de comprendre l'absence d'un usager SAMS</li> <li>▪ Besoin de discuter d'un changement observé dans la situation usager SAMS</li> <li>▪ Préoccupation générale sur la situation socio-sanitaire usager SAMS</li> </ul>

## ANNEXE 13 : Catégories « Enoncés cliniques iRAI »

Enoncés cliniques interRAI	Regroupement
Créent une atmosphère soutenant les échanges	Environnement relationnel (3 items)
Favorise la reconnaissance de la spécificité de chacun	
Simplifient les interactions	
Facile à apprendre, retenir	Langue (2 items)
Sont explicites	
Facile à utiliser au quotidien	Utilisabilité (2 items)
Peuvent être utilisés sans vulgarisation auprès des usagers et proches	
Favorise l'intercompréhension des problèmes cliniques	Intercompréhension (1 item)

# RÉSULTATS

## ANNEXE 14: Période d'évaluation des usagers

Mois 2020	CAT	CS	LP	Total
janvier		6		6
février	4	1		5
mars	6		4	10
avril	3	10	7	20
mai	4	2	6	12
juin	4		6	10
juillet	2		1	3
août	4			4
septembre	6	1	1	8
octobre	2		1	3
non daté			1	1
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>20</b>	<b>27</b>	<b>82</b>

## ANNEXE 15 : Partenaires du réseau de santé

Partenaires du réseau	CAT	CS	LP	Total
CMS	15		21	36
Famille/proche	7	3		10
Infirmier de liaison (Brio)		14		14
Médecin			1	1
OSAD de l'EMS		1	1	2
Sans information	1		2	3
Autres*	12	2	1	15
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>20</b>	<b>27</b>	<b>82</b>

\* LP, Equipe Mobile Psychiatrie de l'Age Avancé, Equipe Mobile de Soins Palliatifs, curateur, cuisinier, cadre soins de l'Etablissement Médico-Social, Consultation Gériatrique Ambulatoire.

## ANNEXE 16 : Fréquence des types de coordination

<b>Structure SAMS</b>	<b>CAT (n=2)</b>	<b>CS (n=3)</b>	<b>LP (n=4)</b>	<b>Total</b>
<b>Type de coordination</b>				
Colloque	5	16	3	24
Courriel			2	2
Téléphone	29	4	22	55
Autres : <i>visite non planifiée</i>	1			1
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>20</b>	<b>27</b>	<b>82</b>



## ANNEXE 17 : Durée des types de coordination

Structure Types	CAT (n=2)	CS (n=3)	LP (n=4)	Total
<i>Nombre d'utilisateur, n</i>	9	8	10	27
Colloque, heures	03:20	03:00	03:00	09:20
Courriel, heures			00:15	00:15
Téléphone, heures	03:26	00:35	05:15	09:16
Autres, heures	00:20			00:20
<b>Total, heures</b>	<b>07:06</b>	<b>03:35</b>	<b>08:30</b>	<b>19:11</b>
<i>Médiane, heures</i>	<i>03:23</i>	<i>01:47</i>	<i>03:00</i>	<i>09:16</i>
<i>Heures moy. /usager</i>	<i>00:47</i>	<i>00:26</i>	<i>00:51</i>	<i>00:42</i>

## ANNEXE 18 : Raisons de coordination, résultats détaillés

Catégories	Motifs et buts	CAT	CS	LP	Total
Coordonner	Articuler les prestations de soins et d'accompagnement entre SAMS et partenaire réseau	0	4	4	8
Coordonner	Co-définir les objectifs de soins et d'accompagnement usager SAMS	7	9	7	23
Coordonner	Déterminer le projet de sortie usager SAMS	1	8	1	10
Coordonner	Besoin de discuter, clarifier les objectifs de l'offre en soins et accompagnement	5	2	2	9
Coordonner	Besoin de clarifier les prestations de soins et accompagnement usager SAMS	4	8	4	16
iRAI	Besoin de discuter des résultats d'évaluation iCU ou iSE	2	1	4	7
iRAI	Besoin de réaliser une co-évaluation de la situation usager SAMS avec iCU ou iSE	0	2	4	6
Informé (santé social)	Informé le partenaire de réseau d'un événement concernant usager SAMS	15	4	0	19
Informé (santé social)	Informé le réseau informel (proches) d'un événement concernant l'usager SAMS	2	1	1	4
Informé (santé social)	Obtenir de l'information sur la situation socio-sanitaire usager SAMS	10	0	0	10
Informé (santé social)	Besoin de transmettre un changement observé dans la situation usager SAMS	4	0	6	10
Préoccupation Santé-Social	Besoin de comprendre l'absence d'un usager SAMS	13	0	0	13
Préoccupation Santé-Social	Besoin de discuter d'un changement observé dans la situation usager SAMS	4	3	4	11
Préoccupation Santé-Social	Préoccupation générale sur la situation socio-sanitaire usager SAMS	15	10	9	34

Catégories	AUTRES buts et motifs de coordination	CAT	CS	LP	Total
Communiquer	aviser fermeture CAT	1			1
Communiquer	fermeture CAT	2			2
Communiquer	réouverture CAT	2			2
Informé (santé-social)	arrêt PEC	1			1
Informé (santé-social)	confinement suite pandémie	1			1
Informé (santé-social)	informé d'1 visite pour 1 placement	1			1
Informé (santé-social)	informé de la dde pr EMS			1	1
Informé (santé-social)	infos entrée en EMS			1	1
Informé (santé-social)	infos état de santé			3	3
Informé (santé-social)	infos prévision sortie hop			1	1
Informé (santé-social)	infos retour hosp			1	1
Informé (santé-social)	infos sur état de santé			1	1
Informé (santé-social)	Placement EMS BG	1			1
Informé (santé-social)	reprise CAT + transport	1			1
Informé (santé-social)	retour au CAT 3/7	1			1
Informé (santé-social)	Retour au CAT après fermeture	1			1

(Suite)

Catégories	AUTRES buts et motifs de coordination	CAT	CS	LP	Total
Préoccupation Santé-Social	besoin d'augm le nb de repas			1	1
Préoccupation Santé-Social	Bilan de situation			1	1
Préoccupation Santé-Social	Chute à son retour du CAT	1			1
Préoccupation Santé-Social	demande budget sortie			1	1
Préoccupation Santé-Social	hospitalisation	1		1	2
Préoccupation Santé-Social	Hospitalisation au SUPAA	1			1
Préoccupation Santé-Social	inquiétudes /placement			1	1
Préoccupation Santé-Social	mme a chuté 3x chez elle	1			1
Préoccupation Santé-Social	mme est malade	1			1
Préoccupation Santé-Social	moyens financiers			1	1
Préoccupation Santé-Social	organisation de repas			1	1
Préoccupation Santé-Social	plaintes de Mme sur différents pts de sa vie	1			1
Préoccupation Santé-Social	suite à des pbs de sté stop CAT	1			1
Préoccupation Santé-Social	suspecté covid +			1	1
Préoccupation Santé-Social	suspicion d'alcoolisme	2			2
Informé (santé-social)	annuler repas + transport	1			1
Informé (santé-social)	Arrêt PEC			2	2
Informé (santé-social)	inscription de mme en EMS	1			1
Préoccupation Santé-Social	dde de suspendre les mesures ambul			1	1
Préoccupation Santé-Social	hospitalisation			1	1
Préoccupation Santé-Social	rdv médical	1			1

## ANNEXE 19 Complexité des situations

### Indice de complexité des usagers (n=47)

Structure SAMS \ Indice complexité	CAT (n=14)*	CS (n=8)**	LP (n=25)***
Absent, nb médian	10	5	18
Présent, nb médian	3	3	7

\* 3 items sans données ; \*\* 1 items sans données ; \*\*\* 1 items sans données

### Résultats détaillés : caractéristiques de la situation.

Etat de santé - instabilité	CAT	CS	LP	Total
0 - Pas ou absence	2	3	1	6
1 - Légères	4	2	10	16
2 - Moyennes à sévères	1	4	7	12
3 - Sévères			2	2
<b>Total général</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>36</b>

Engagement - détresse/tension	CAT	CS	LP	Total
0 - Absence	2	2	4	8
1 - Légère	4	4	6	14
2 - Moyenne	1	3	9	13
3 - Sévère			1	1
<b>Total général</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>36</b>

Engagement - participation	CAT	CS	LP	Total
0 - Activement	5	6	8	19
1 - Ambivalence	1	3	10	14
2 - Passivité, indifférence			1	1
3 - Défiance, refus négociation	1		1	2
<b>Total général</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>36</b>

Aspects sociaux - sécurité/stabilité	CAT	CS	LP	Total
0 - Stable/sécuritaire	4	3	8	15
1 - Léger dysfonctionnements sociaux	2	2	8	12
2 - Stabilité/sécurité questionnable	1	1	2	4
3 - Instable/non sécuritaire		3	2	5
<b>Total général</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>36</b>

Aspects sociaux - relations	CAT	CS	LP	Total
0 - Bonnes FAE	4	5	10	19
1 - Restrictions un domaine FAE	1		7	8
2 - Restrictions deux domaines FAE	2	3	2	7
3 - Restrictions trois domaines FAE		1	1	2
<b>Total général</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>36</b>

(Suite)

<b>Système santé - prestataires actifs</b>	<b>CAT</b>	<b>CS</b>	<b>LP</b>	<b>Total</b>
0 - Un actif	2	2	7	11
1 - Plus de ou moins de 1 actifs		1	6	7
2 - Plusieurs actifs	4	6	6	16
3 - Plusieurs et autres services			1	1
Non Evalué	1			1
<b>Total général</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>36</b>

<b>Système santé - qualité relation</b>	<b>CAT</b>	<b>CS</b>	<b>LP</b>	<b>Total</b>
0 - Intacts/collaboratives	6	5	15	26
1 - Majoritairement intacts	1	2	2	5
2 - Plusieurs méfiantes/distantes		1	2	3
3 - Méfiance			1	1
Non Evalué		1		1
<b>Total général</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>36</b>

<b>Littéracie santé - compréhension</b>	<b>CAT</b>	<b>CS</b>	<b>LP</b>	<b>Total</b>
0 - Compréhension OK et gestion santé OK	4	4	9	17
1 - Compréhension OK et gestion santé NO	2	2	5	9
2 - Compréhension et gestion santé limitée	1	3	4	8
3 - Compréhension et gestion santé très limitée			2	2
<b>Total général</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>36</b>

<b>Littéracie santé - communication</b>	<b>CAT</b>	<b>CS</b>	<b>LP</b>	<b>Total</b>
0 - Pas de obstacles/barrières	2	4	7	13
1 - Obstacles mineurs	3	4	6	13
2 - Barrières modérées	2	1	5	8
3 - Graves obstacles			2	2
<b>Total général</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>36</b>

## ANNEXE 20 : Résultats iSE

Score iSE	Besoin d'une évaluation globale	CAT	CS	LP	Total	%
1	Bas				-	-
2					-	
3	Moyen			4	4	32.1
4		4	1		5	
5	Important		2		2	67.9
6		6	7	4	17	
<b>Total</b>		<b>10</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	

## ANNEXE 21 : Enoncés clinique iRAI, résultats détaillés

Question 12 SAMS et question 14 PART	SAMS- D'accord et plutôt d'accord	PART- D'accord et plutôt d'accord	SAMS Neutre	PART Neutre	SAMS- Plutôt pas d'accord et pas d'accord	PART- Plutôt pas d'accord et pas d'accord
Créent une atmosphère soutenant les échanges	3	3	8	3	2	0
Favorise la reconnaissance de la spécificité de chacun	11	6	1	0	1	0
Simplifient les interactions	8	5	4	0	1	1
Facile à apprendre, retenir	10	5	0	0	3	1
Sont explicites	8	5	1	0	4	1
Facile à utiliser au quotidien	10	3	1	1	2	2
Peuvent être utilisé sans vulgarisation auprès des usagers et proches	4	2	2	2	7	2
Favorise l'intercompréhension des problèmes cliniques	4	5	2	0	7	1

## ANNEXE 22 : Effets perçus des résultats iCU sur la coordination

<b>La coordination avec les résultats iCU a permis de ...</b>	<b>SAMS (n=13)*</b>		<b>PART (n=7)**</b>	
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Continuité des soins	43%	29%	46%	34%
Partenariat avec l'utilisateur/proche	54%	27%	43%	36%
Collaboration interprofessionnelle	63%	28%	57%	29%
Suivi standardisé	92%	0%	43%	43%

\*SAMS : « sans réponse » : 3, « Ne sait pas » : 3. \*\*PART « Sans réponse » : 13, « Ne sait pas » : 4.

Note : Quatre catégories d'items : continuité des soins (5 items : anticiper et prévenir des déclin, identifier des zones grises, observer des changements de capacité dans le temps, mieux cibler les besoins de l'utilisateur, valoriser les ressources et les capacités de l'utilisateur), partenariat usager/proches (2 items : impliquer les proches aidants, impliquer l'utilisateur) ; collaboration interprofessionnelle (5 items : coordonner les actions des différents intervenants, faire une évaluation coordonnée de l'atteinte des objectifs, faciliter la formulation d'objectifs partagés, déterminer comment un plan thérapeutique est partagé avec l'utilisateur, identifier le besoin d'un réseau) ; suivi standardisé (1 item : faire un suivi de manière standardisé de l'utilisateur).



## ANNEXE 23 : Effets perçus des résultats iCU sur la coordination, résultats détaillés (n)

	Regroupement	SAMS-O	PART-O	SAMS-N	PART-N
anticiper et prévenir des déclin	Aspects cliniques Usagers (5)	5	3	0	3
Identifier des zones grises		1	1	9	4
observer des changements de capacité dans le temps		5	4	3	1
mieux cibler les besoins de l'utilisateur		8	3	5	3
valoriser les ressources et les capacités de l'utilisateur		9	5	2	1
faire un suivi de manière standardisée	Suivi standard (1)	12	3	0	3
impliquer les proches aidants	Partenariat usager/proche (2)	4	2	4	3
impliquer l'utilisateur		10	4	3	2
coordonner les actions des différents intervenants	Aspects collaboration (5)	7	4	4	2
faire une évaluation coordonnée de l'atteinte des objectifs		9	5	4	1
faciliter la formulation d'objectifs partagés		10	4	3	2
déterminer comment un plan thérapeutique est partagé avec usager		10	3	1	3
identifier le besoin d'un réseau		5	4	6	2
<i>rentabiliser le temps (efficience)</i>	<b>Exclu</b>	7	1	4	4
		<b>102</b>	<b>46</b>		

### Total cumulé SAMS et PART (n)

Catégories	OUI	NON	
Continuité des soins	44	31	
Partenariat avec l'utilisateur/proche	20	12	
Collaboration interprofessionnelle	61	28	
Suivi standardisé	15	3	
<i>Total</i>	140	74	214
Sans réponse ou ne sait pas			46
<b>Total global</b>			<b>260</b>

## ANNEXE 24 : Résumé des avis : pratique d'évaluation et de colloque de coordination

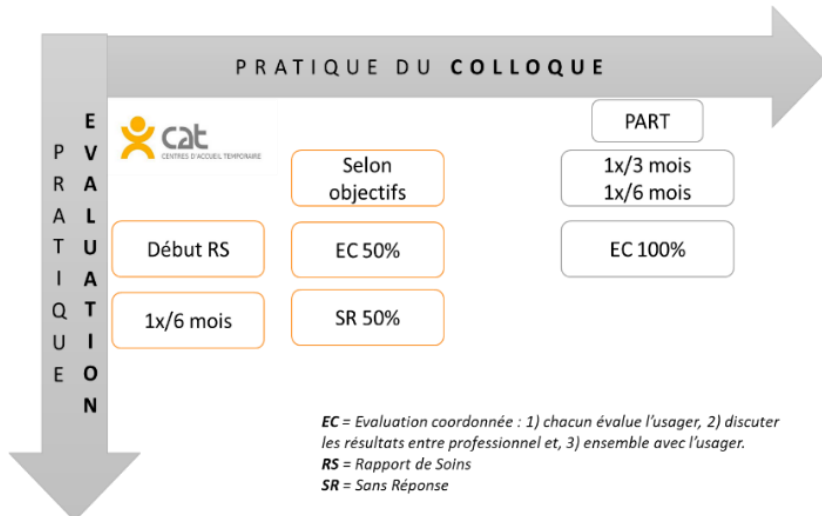


Figure XX. Pratique d'évaluation et de colloque CAT et PART

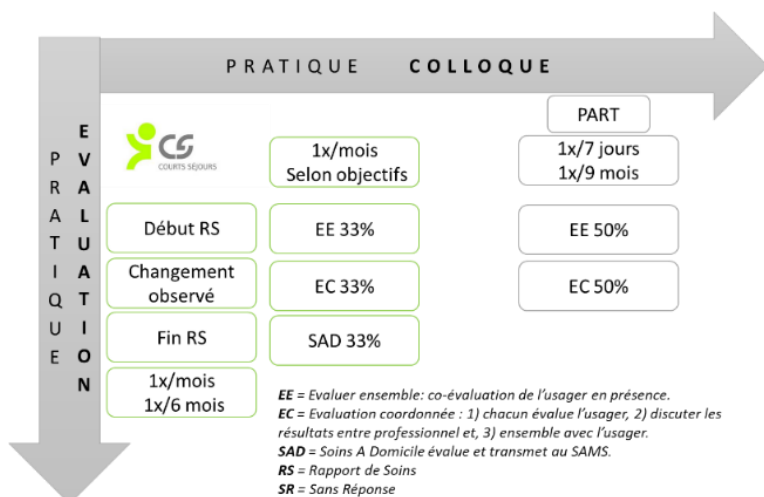


Figure XX. Pratique d'évaluation et de colloque CS et PART

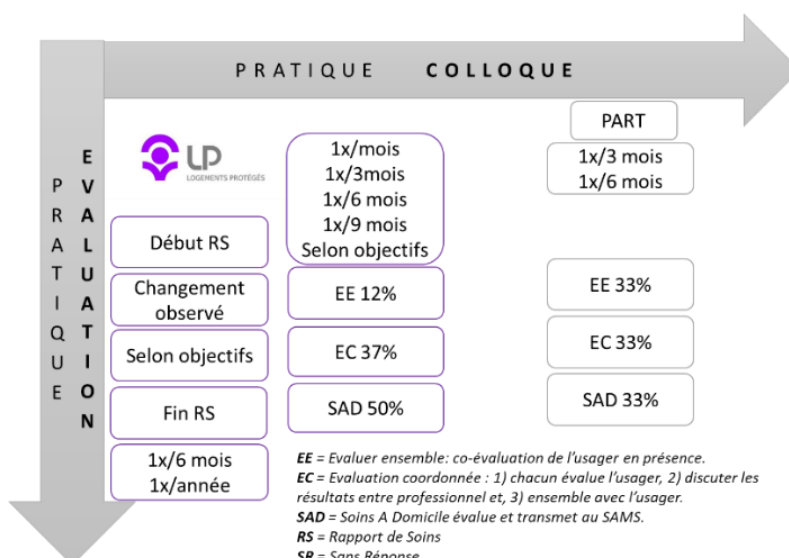
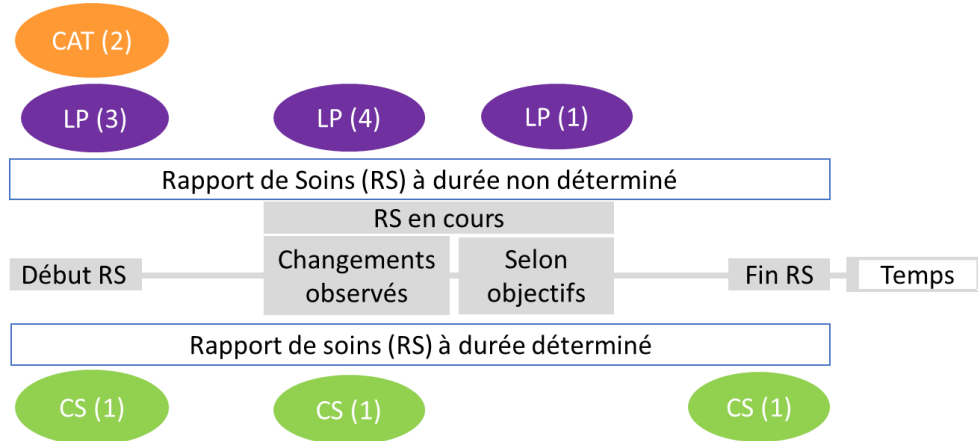


Figure XX. Pratique d'évaluation et de colloque LP et PART

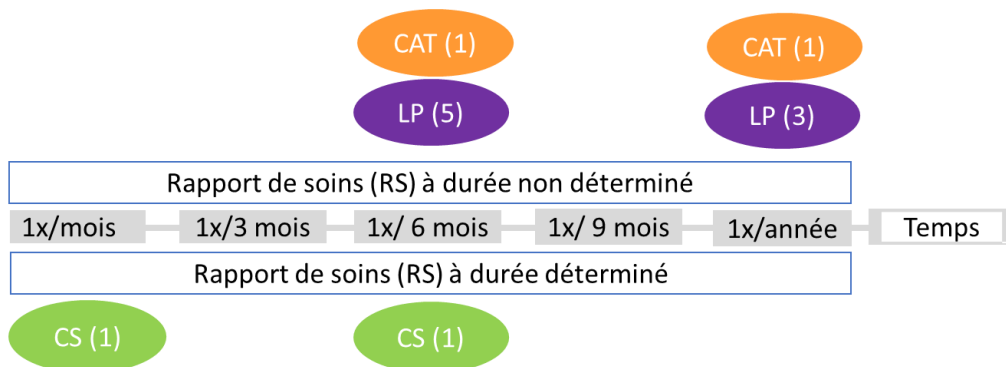
## ANNEXE 25 : Avis pour une pratique de l'évaluation

### Pratique de l'évaluation : moment et fréquence



### Moment d'une évaluation iRAI de type iCU selon les SAMS

Le chiffre entre parenthèse indique le nombre de réponse, le maximum par structure est pour les CAT=2, pour les CS=3 et pour les LP=8 (nombre total SAMS = 13).



### Fréquences d'une évaluation iRAI de type iCU selon les SAMS

Le chiffre entre parenthèse indique le nombre de réponse, le maximum par structure est pour les CAT=2, pour les CS=3 et pour les LP=8 (nombre total SAMS = 13).

Nota : un répondant CS « sans réponse ».

## ANNEXE 26 : Avis sur une pratique de colloque de coordination

<b>Fréquence des colloques coordinations</b>	<b>SAMS</b>	<b>PART</b>
<b>Selon objectifs</b>	54%	0%
<b>1x/semaine</b>	0%	14%
<b>2x/mois</b>	0%	0%
<b>1x/mois</b>	23%	0%
<b>1x/3 mois</b>	8%	29%
<b>1x/6 mois</b>	8%	43%
<b>1x/9 mois</b>	8%	14%

## ANNEXE 27 : Informatisation souhaitée

Type informatisation souhaitée	CAT	CS	LP	Total
Intégré dans le dossier informatique		1	1	2
Intégré dans le dossier informatique avec un support mobile	1	2	6	9
Un portail web sécurisé	1		1	2
<b>Total général</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>13</b>

## ANNEXE 28 : Adaptation iRAI

<b>32) Maintenir</b>	<b>OUI</b>		
<b>Echelles et alertes</b>	<b>CAT</b>	<b>CS</b>	<b>LP</b>
Indicateur de réhabilitation	2	2	6
Echelle de communication	2	3	7
Echelle de sévérité des atteintes sensorielles	2	2	6
Echelle de performance cognitive	2	3	8
Echelle d'humeur auto-déclarée	2	3	8
Echelle de douleur	2	3	7
Echelle de hiérarchique AVQ	2	2	6
Echelle de hiérarchique AIVQ	2	2	6
Echelle du fonctionnement dans les AVQ et AIVQ	2	3	8
Alarme de douleur	2	2	5
Alarme de chute	2	2	5

<b>33) Ajouter</b>	<b>OUI</b>		
<b>Echelles et alertes</b>	<b>CAT</b>	<b>CS</b>	<b>LP</b>
Alarme delirium	2	1	5
Alarme risque de dénutrition	2	2	7
Echelle d'évaluation du comportement agressif	2	2	5
Anhédonie	2	1	5
Echelle d'addiction et usage de substance	2	3	7
Manie	2	1	4
Echelle d'évaluation des symptômes positifs (hallucinations, délires, etc.)	1	3	7
Echelle de risque d'infliger du tort aux autres	2	1	5
Indice d'autonomie (risque d'incapacité de prendre soin de soi)	2	3	8
Echelle de gravité de l'acte autodestructeur	2	1	6

Aucune proposition d'ajout autres que celle soumises a été faite par les SAMS.