

4^{ÈME} COLLOQUE coRAI

Bienvenue!

4 septembre 2017

1. Introduction

2. Programme coRAI

- interRAI Assessment Urgency Algorithm (iAUA) et Contact Assessment
- Cas cliniques iCA
- Méthodologie/premiers résultats évaluation pilotes coRAI
- CRRT: évolution RAI-HC à interRAI HC et démarches fédérales
- Initiation-planification pilote EMS



IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne



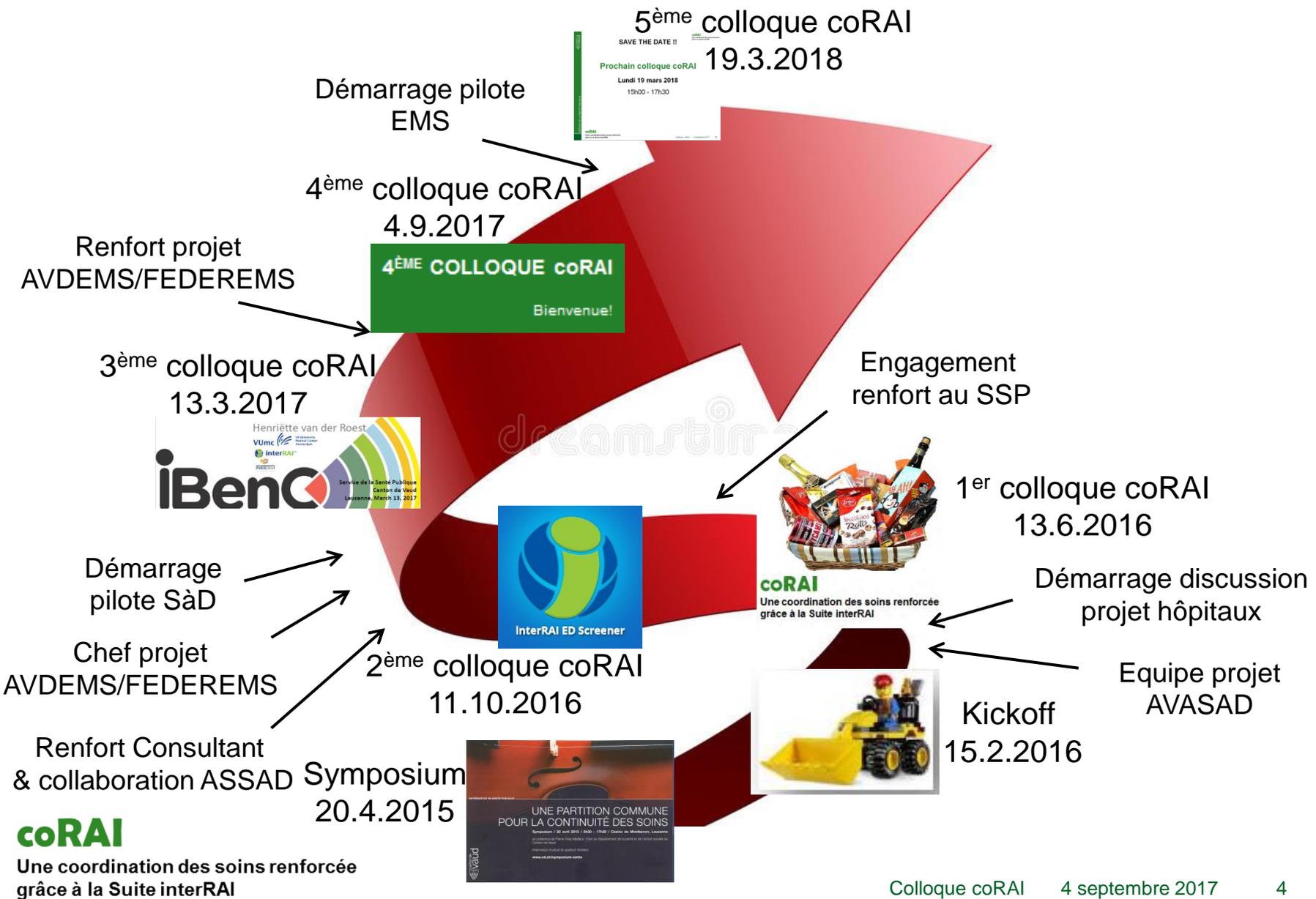
3. Analyses données RAI-HC

- Données imad: résultats et perspectives



INTRODUCTION

UN PROGRAMME DYNAMIQUE !

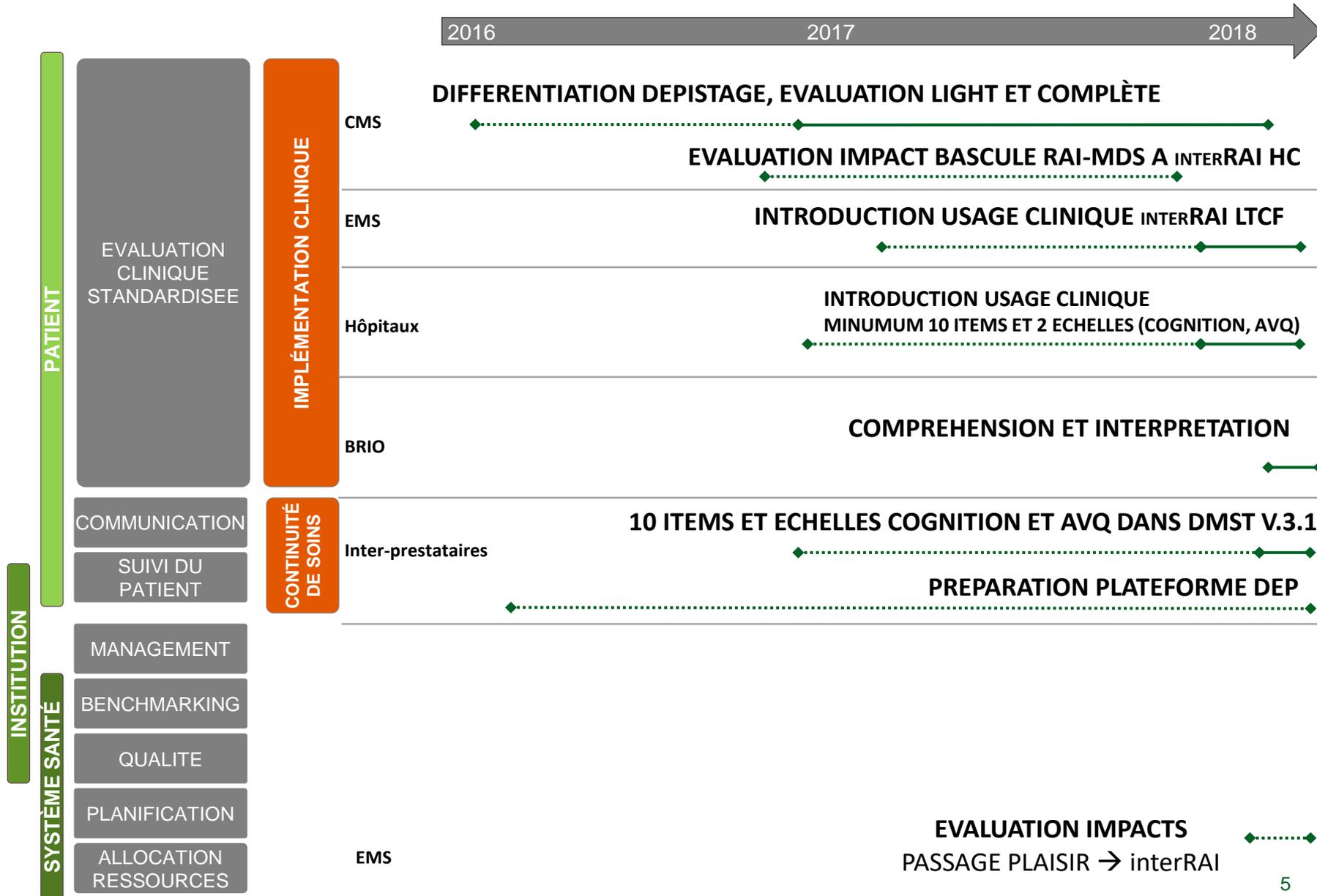


FEUILLE DE ROUTE coRAI

2016

2017

2018



PROGRAMME CORAI

PROGRAMME coRAI

→ interRAI Assessment Urgency Algorithm (iAUA) et Contact Assessment (iCA)

→ Cas cliniques iCA



→ Méthodologie/premiers résultats évaluation pilotes coRAI



→ CRRT: évolution RAI-HC_{Suisse} à interRAI HC et démarches fédérales

→ Initiation-planification pilote EMS



Les outils du pilote Programme coRAI: interRAI Assessment Urgency Algorithm (iAUA) et interRAI Contact Assessment (iCA)

N. Wellens PhD

Population soins à domicile

Hétérogène



Evaluation clinique



Cibler



Différentier l'outil



coRAI

Une coordination des soins renforcée
grâce à la Suite interRAI

EVALUATION CLINIQUE DIFFÉRENTIÉE

1

Cibler

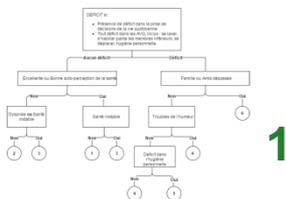


2

3

interRAI™ SCORE
6
Assessment
Urgency Algorithm

Indicateur de l'urgence
d'évaluer la situation



1



interRAI™
ED Screener

coRAI

Une coordination des soins renforcée
grâce à la Suite interRAI

EVALUATION CLINIQUE DIFFÉRENTIÉE

1

Cibler



2

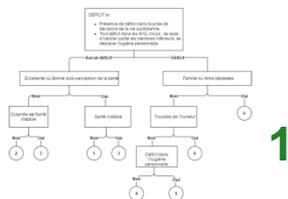
Différencier choix de l'outil



3

interRAI™ SCORE
6
Assessment
Urgency Algorithm

Indicateur de l'urgence
d'évaluer la situation



1

interRAI™
Home Care
(MDS HC_{Suisse})

interRAI™
Contact
Assessment



interRAI™
ED Screener



coRAI

Une coordination des soins renforcée
grâce à la Suite interRAI

EVALUATION CLINIQUE DIFFÉRENTIÉE

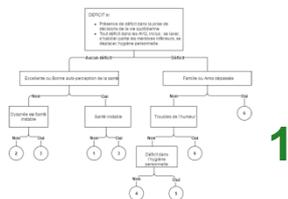
1 Cibler

2 Différentier choix de l'outil

3 Démarche clinique

interRAI™ SCORE **6**
Assessment
Urgency Algorithm

Indicateur de l'urgence d'évaluer la situation



1

interRAI™
Home Care
(MDS HC_{Suisse})

interRAI™
Contact
Assessment



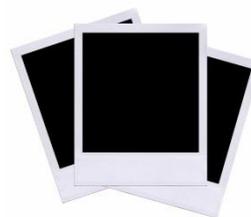
OBSERVATIONS CLINIQUES STANDARDISEES

- Nombre de domaines
- Nombre de syndromes gériatriques
- Nombre d'items par syndromes
- Granularité

OUTPUT CLINIQUES

- Nombre d'alertes (CAPs, GADs)
- Nombre d'échelles

interRAI™
ED Screener



coRAI

Une coordination des soins renforcée grâce à la Suite interRAI

EVALUATION CLINIQUE DIFFÉRENTIÉE

1 Cibler

2 Différencier choix de l'outil

3 Démarche clinique

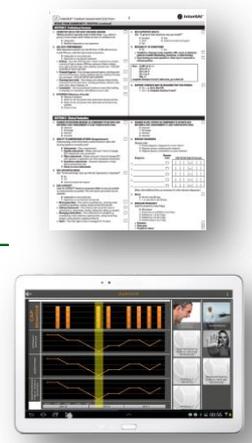
interRAI™ SCORE 6
Assessment Urgency Algorithm

Indicateur de l'urgence d'évaluer la situation

1

interRAI™ Home Care (MDS HC_{Suisse})

interRAI™ Contact Assessment



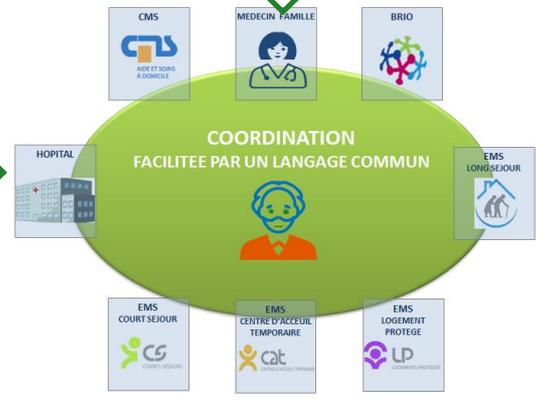
- OBSERVATIONS CLINIQUES STANDARDISEES**
- Nombre de domaines
 - Nombre de syndromes gériatriques
 - Nombre d'items par syndromes
 - Granularité
- OUTPUT CLINIQUES**
- Nombre d'alertes (CAPs, GADs)
 - Nombre d'échelles

4 Suivi et continuité de soins

coRAI

Une coordination des soins renforcée grâce à la Suite interRAI

interRAI™ ED Screener



LE PILOTE coRAI A L'AVASAD

interRAI Assessment Urgency Algorithm en tandem avec interRAI Contact Assessment et RAI HC_{Suisse}

Est-ce que l'interRAI AUA et interRAI Contact Assessment aide

- à mieux cibler les ressources?
- à éviter des refus des clients?

Les outils actuellement en phase test ne peuvent pas remplacer l'outil RAI MDS HC / interRAI Home Care

Les outils utilisés sont compatibles avec la Suite interRAI qui est une famille d'outils pour plusieurs populations et plusieurs lieux de prise en charge

Les outputs cliniques générés permettent de suivre l'évolution du patient dans le soins à domicile et tout au long de son parcours avec un partage d'informations standardisées entre professionnels.

CAS CLINIQUES D'ÉVALUATION INTERRAI CONTACT ASSESSMENT

NATHALIE BACQ, CONSULTANTE ERGOTHÉRAPEUTE
SERVICE DU DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES - AVASAD

PROJET PILOTE coRAI AVASAD

Cas 1 : Situation de Mr P.

- Mr P. âgé de 86 ans, vit avec son épouse dans sa maison
 - Deux enfants présents dans la situation, la fille apporte de l'aide pour les transports
- Opération col du fémur en 2014 – Probable métastases au niveau des vertèbres liées à un Ca de la prostate (informations donnée par la fille)
- Demande adressée au CMS en février 2017
 - Pansements suite à une chute dans les escaliers : consultation au urgences et retour à domicile le jour même. Actuellement les pansements sont terminés, reste la prestation d'aide au ménage.
- Réévaluation avec interRAI Contact Assessment: Entretien de 30 min

Données significatives récoltées avec l'iCA retenues de Mr P.

■ Ressources

- Comprend et se fait comprendre, pas de problème de mémoire, pas de déficit de l'humeur
- Indépendante pour les AVQ
- Se sent en bonne santé
- Pas d'activité sociale (*et n'en a jamais souhaité*)

Données significatives récoltées avec l'iCA retenues de Mr P.

■ Difficultés

- Marche avec un moyen auxiliaire (canne)
- Démarche instable, mais pas les 3 derniers jours
- Chutes dans les 90 derniers jours (dans ses escaliers et devant son garage)
- Douleur chaque jour (*au bas du dos et genoux*)
- Pas de problème de nutrition identifié (*perte de 6 kg depuis 1 an*)
- Aide maximale pour le ménage

Données significatives issues des échelles et des alarmes de iCA de Mr P.

- Alarme chutes (0-3) **3** – candidat pour une discussion approfondie – facteurs de risque présents et antécédents de chutes
- Echelles de la douleur (0-4) **2** - quotidienne mais pas forte
- Alarme de la douleur (0-2) **1** - CAP douleur priorité modérée
- Echelle hiérarchique des AIVQ (0-6) **1** – peu de difficultés
- Indicateur du potentiel de réhabilitation **2** – faible

Autres données significatives et projet de vie de Mr P.

- Famille présente
- Mr se fait du soucis pour la santé de sa femme

- Souhaits de Mr P.
 - Rester à domicile le plus longtemps possible alors que l'entrée en EMS est en discussion

Analyse clinique situation de Mr P.

- Motif de l'aide et des soins
 - Douleur chronique au niveau du dos et des genoux
- Objectifs
 - Réaliser une évaluation spécifique de ses douleurs en lien avec sa médication
- Actions
 - Evaluation de la douleur et information au médecin

- Motif de l'aide et des soins
 - Chutes multiples
- Objectifs envisagés
 - Mr sollicite son médecin traitant afin d'obtenir une évaluation d'ergothérapie
 - Prévenir une éventuelle poursuite de perte de poids
- Actions
 - Suivre la courbe de poids
 - Informer le médecin

Cas 2 : Situation de soins de Mme B.

- Mme B. âgée de 85 ans, veuve, vit seule en appartement.
 - Bénéficie d'un entourage soutenant, sa fille lui aide pour le ménage, son fils pour ses paiements, un ami pour les transports
- Retour à domicile suite hospitalisation
 - Hernie ombilicale avec complications hémorragiques, arthrose et hypertension
 - Séjour CTR, à la sortie demande au CMS d'aller faire le semainier
- Screener à 2 à l'analyse de la demande
 - Evaluation avec interRAI Contact Assessment (iCA) : Entretien de 45 min réalisé conjointement avec le soins

Données significatives récoltées avec l'iCA retenues de Mme B.

■ Ressources

- Comprend et se fait comprendre, pas de problème de mémoire, pas de déficit de l'humeur
- Indépendante pour les AVQ
- A des activités sociales récentes
- Pas de perte de poids (*a retrouvé le poids antérieur à l'hospitalisation*)
- Capable de préparer les repas
- Capable d'aller faire les courses
- Besoin d'aide limitée pour le ménage (*aide de sa fille*)
- Aide limitée pour la gestion de l'argent (*aide de son fils*)

Données significatives récoltées avec l'iCA retenues de Mme B.

■ Difficultés

- Hospitalisation il y a moins de 30 jours
- Dyspnée présente lors d'effort modéré
- Douleurs manifestées dans les 3 derniers jours, douleurs *fortes aux mains*
- Légères difficultés de vision
- Supervision pour la gestion des médicaments

Données significatives issues des échelles et des alarmes de iCA

- Risque d'hospitalisation (0-2) **2** – risque élevé
- Echelles de la douleur (0-4) **1** - pas de douleur quotidienne
- Alarme de la douleur (0-2) **2** - CAP douleur priorité élevée
- Indice de sévérité des atteintes sensorielles (0-5) **1** - un sens est intact et un sens avec une déficience légère (vision)
- Echelle hiérarchique des AIVQ (0-6) **2** – peu de difficultés
- Indicateur du potentiel de réhabilitation **2** – faible
- Performance cognitive (0-8) **1**- intacte

Autres données significatives et projet de vie de Mme B.

- Fatigue suite à sa longue hospitalisation
- Entourage très présent et aidant (4 enfants et amis)
- Sort de chez elle tous les jours

- Souhaits de Mme B.
 - Reprendre son indépendance pour gérer sa médication
 - Ne pas être dépendante du CMS

Analyse clinique Mme B.

■ Motif de l'aide et des soins

- Risque de péjoration de l'état de santé lié à une récente et longue hospitalisation

■ Objectifs

- Mme prend en toute sécurité son traitement médicamenteux

■ Actions

- Vérifier avec Mme B. ses connaissances concernant son traitement
- Validation avec le médecin de l'arrêt de la préparation du semainier par le CMS et information de la persistance des douleurs
- Puis arrêt des prestations CMS

EVALUATION IUMSP

ÉVALUATION DU PROJET PILOTE CORAI AVASAD

Méthodologie et premiers résultats d'avancement du projet

Dr Laurence Seematter-Bagnoud

Mme Anne Cattagni Kleiner

Mme Sarah Fustinoni

M. Lionel Meylan

Unité des services de santé (Professeur Brigitte Santos-Eggimann)

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Objectifs du pilote

Disposer d'un instrument d'évaluation parcimonieux pour les clients chez qui une évaluation RAI-HC_{Suisse} est jugée excessive, en testant un tandem d'outils interRAI: l'AUA et le Contact Assessment

Objectifs de l'évaluation

- Examiner quel instrument semble approprié pour quel profil de client des CMS
- Questionner les professionnels sur leur expérience

PILOTE coRAI AVASAD 2017 : Participation de 6 CMS

TRIM 1

TRIM 2

TRIM 3

TRIM 4

2018

INTERRAI ASSESSMENT URGENCY ALGORITHM (IAUA)

**UTILISATION (PAR TÉLÉPHONE)
CHEZ LES NOUVEAUX CLIENTS**

INTERRAI CONTACT ASSESSMENT (ICA)

UTILISATION ICA (A DOMICILE)
- CHEZ TOUS CLIENTS «AIDE A DOMICILE»
ET
- CHEZ CERTAINS CLIENTS «SOINS A DOM»
SELON RÉSULTAT IAUA

IUMSP:

**COLLECTE DE
DONNÉES
AUPRÈS DES
PROFESSIONNELS**

IUMSP:

**ANALYSES
BILAN
RAPPORT**

**BILAN
SSP**

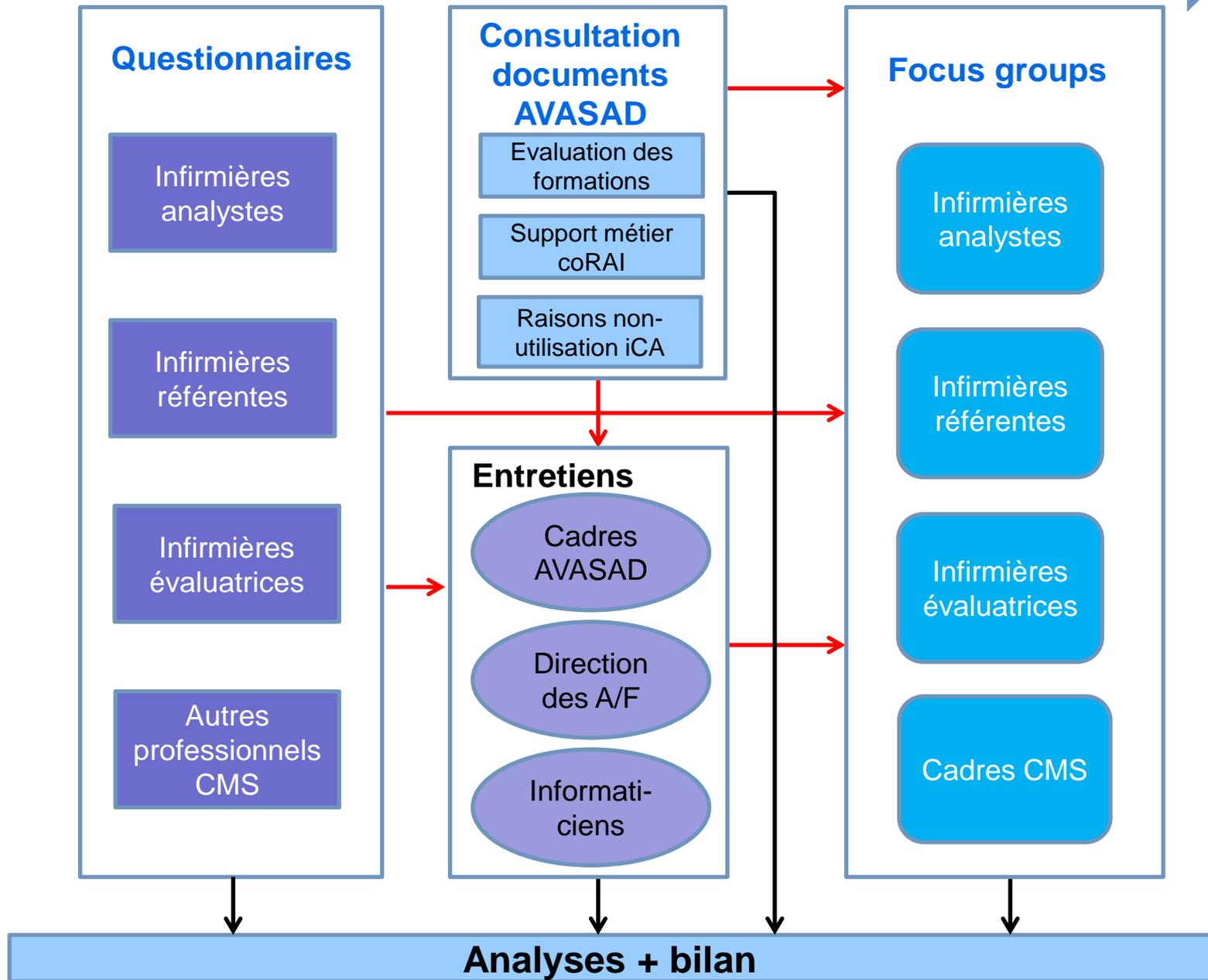
**FINALISATION
OUTIL ICA**

**SEUIL POUR
ICA EN
FONCTION DU
SCORE IAUA**

**BILAN MISE
EN OEUVRE**

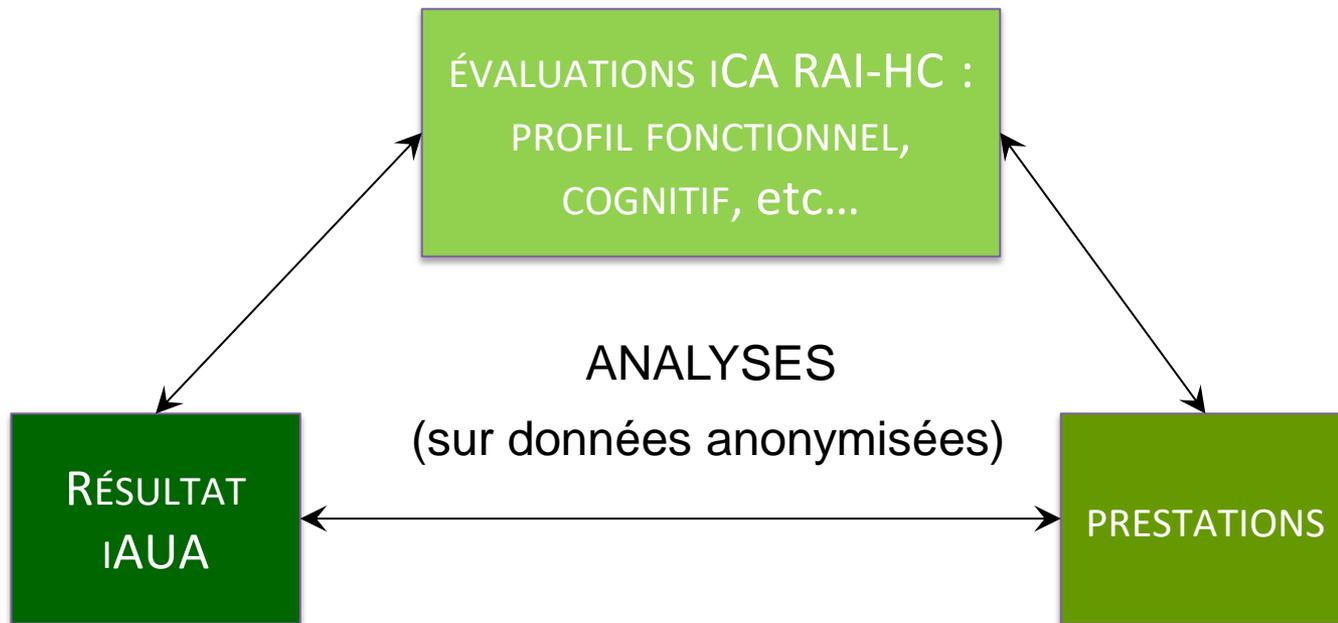
TRANSMISSION DE DONNEES «CLIENTS» DE L'AVASAD À L'IUMSP

CONSULTATION DES PROFESSIONNELS : 3^{ÈME} TRIMESTRE 2017



EXPLOITATION DES DONNEES DES CLIENTS DES CMS

Quel outil semble approprié pour quel profil de client des CMS →
Pour quels résultats de l'iAUA est-il pertinent d'utiliser l'iCA,
respectivement le RAI_HC_{Suisse}?



PILOTE coRAI AVASAD 2017 : avancement du projet

TRIM 1

TRIM 2

TRIM 3

TRIM 4

2018

INTERRAI ASSESSMENT URGENCY ALGORITHM (IAUA)

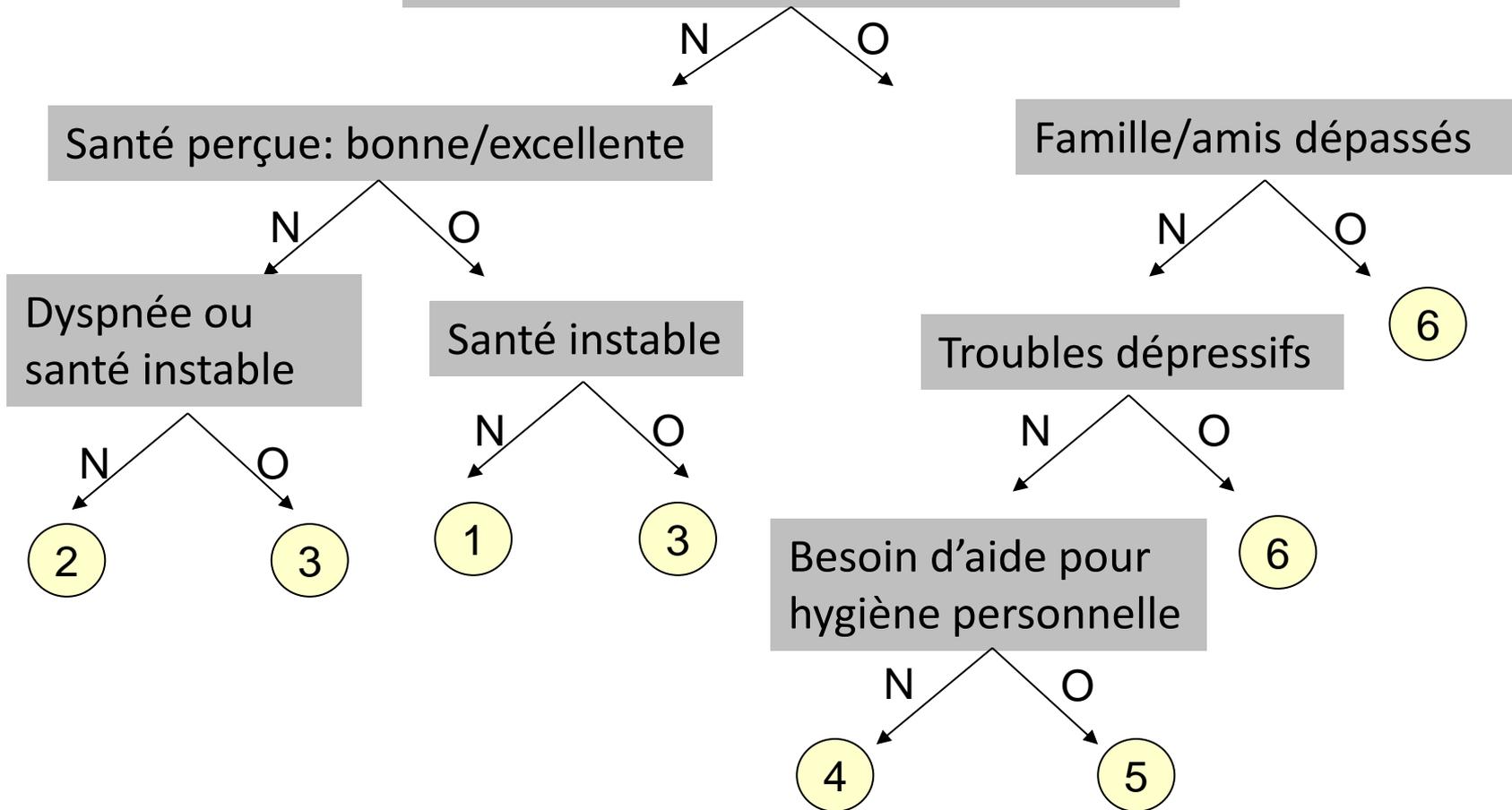
UTILISATION (PAR TÉLÉPHONE)
CHEZ LES NOUVEAUX CLIENTS

DONNÉES REÇUES À FIN JUIN :
560 CLIENTS ÉVALUÉS PAR IAUA
DEPUIS MI-FÉVRIER

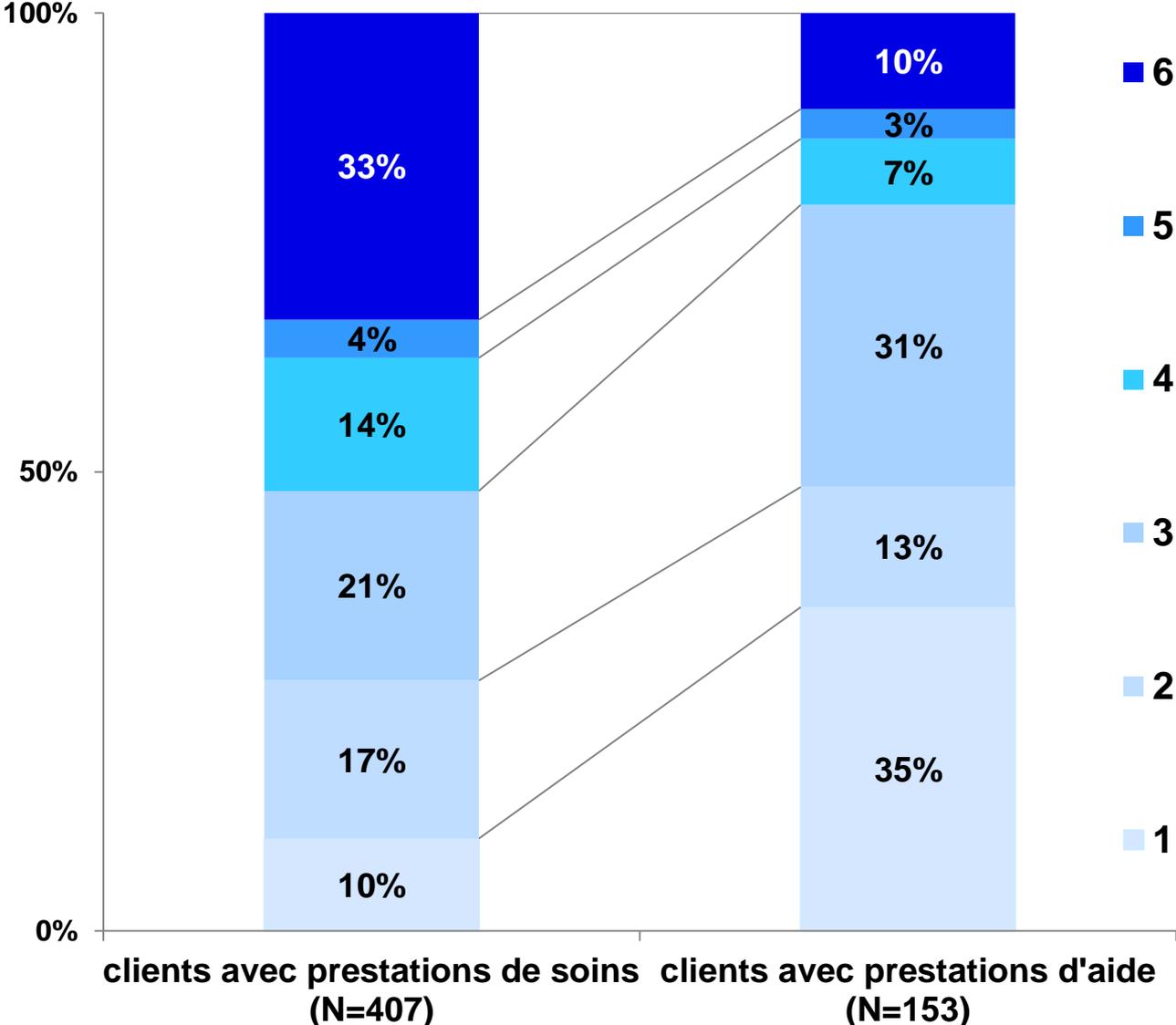
ALGORITHME DE L'INTERRAI ASSESSMENT URGENCY ALGORITHM (= APPLICATION IED SCREENER)

Déficit:

- Prise de décision
- Activités de la vie quotidienne



Distribution des scores iAUA des clients selon le type de prestations



PILOTE coRAI AVASAD 2017 : Participation de 6 CMS

TRIM 1

TRIM 2

TRIM 3

TRIM 4

2018

INTERRAI ASSESSMENT URGENCY ALGORITHM (IAUA)

INTERRAI CONTACT ASSESSMENT (ICA)

UTILISATION ICA (A DOMICILE)

- CHEZ TOUS CLIENTS AVEC PRESTATIONS D'AIDE

ET

- CHEZ CERTAINS CLIENTS AVEC PRESTATIONS
DE SOINS, SELON RÉSULTAT IAUA

**DONNÉES REÇUES À FIN JUIN :
40 CLIENTS ÉVALUÉS PAR ICA (JUIN)**

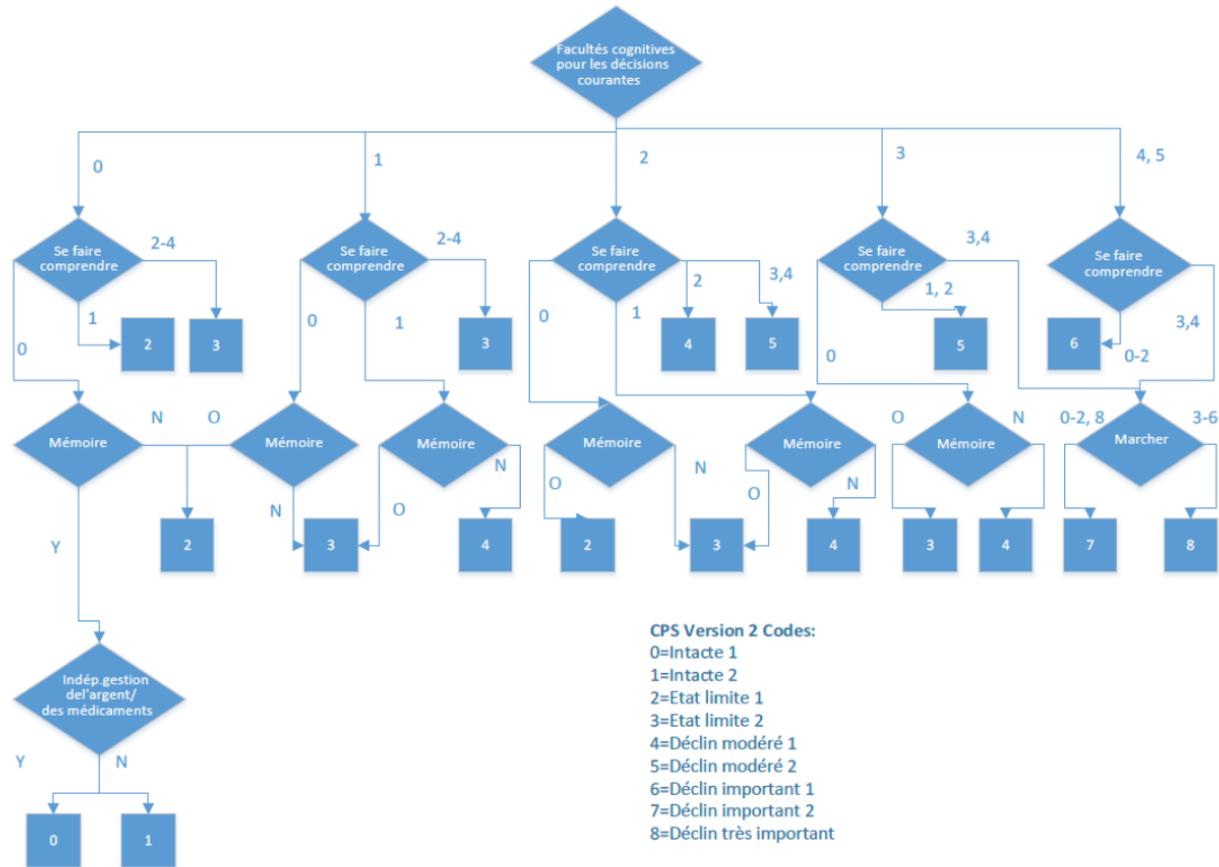
Exemple d'informations sur le profil du client issues de l'iCA:

Echelles	Alarmes	Indicateurs
- Performance cognitive	- Chutes	- Autonomie
- Performance AVQ	- Douleur	- Nécessité de soins
- Douleur	- Communication	- ...
- ...	- ...	- ...

Informations sur le profil du client, issues de l'iCA : l'exemple de l'échelle de performance cognitive (CPS₂)



Echelle de performance cognitive 2



Echelle de Performance Cognitive (CPS₂), présentation simplifiée

Facultés cognitives pour les décisions courantes



Capacité à se faire comprendre



Mémoire



Capacité à marcher

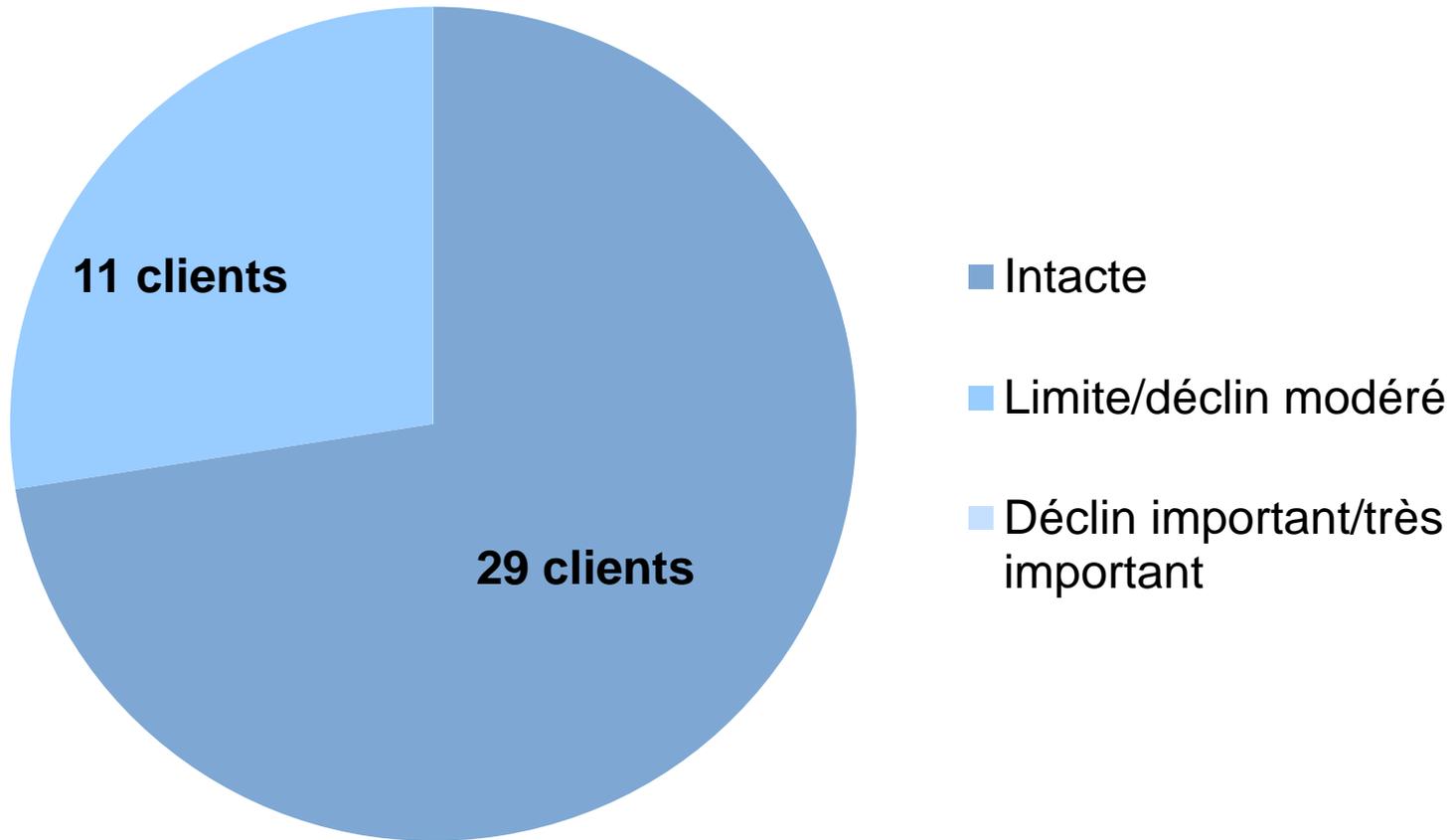


Gestion argent/médicaments



Score de performance cognitive :
Déclin très important ← Cognition intacte

Profils cognitifs des 40 clients évalués par l'iCA



Suite:

- Analyse des données collectées à l'issue du test de l'iAUA et iCA
- Consultation des professionnels : occasion de s'exprimer sur leur expérience

Merci à tous les professionnels qui participent au projet!

RETOURS DU GROUPE DE TRAVAIL DES CANTONS ROMANDS CONCERNANT L'ÉVOLUTION DU RAI-HC À L'interRAI HOME CARE & DÉMARCHES NATIONALES

J-J. MONACHON MANDATAIRE POUR SSP CANTON VAUD & GT interRAI DE LA CRRT

PROJET INTERCANTONAL

DÉMARCHE DU GT INTERCANTONAL

- Les organisations romandes d'aide et de soins à domicile et le SSP du canton de Vaud ont entamé un travail avec l'ASSASD pour soutenir sa démarche de transition de l'outil RAI MDS-HC_{Suisse} à l'interRAI-Home Care[®]
- Un groupe de travail a travaillé sur l'impact de la transition sur les formations et sur les pratiques professionnelles en réalisant **une cinquantaine d'évaluations à double** (RAI HC_{Suisse} vs interRAI HC).
- L'outil utilisé pour ces évaluations était l'outil interRAI HC version Belge présent sur la plateforme informatique Pyxicare de Pyxima AG.
- Le rapport final est en voie de présentation aux directions des organisations d'aide et de soins à domicile romandes.

CONSTATS DU GROUPE DE TRAVAIL

- L'évaluation est d'abord une **AIDE à la décision** et doit privilégier le jugement clinique
- L'interRAI HC est plus complet mais une majorité d'évaluateur a considéré passer le **même temps d'évaluation** pour l'interRAI HC
- Une **formation adéquate** est nécessaire pour que les évaluateurs puissent bien comprendre les nouvelles alarmes de l'interRAI
 - ⇒ **Enjeu: une application peu rigoureuse de la méthode peut avoir des conséquences sur la qualité des données et la démarche clinique.**
- *Limitation:* le petit nombre et le choix des situations («complexes» et différenciées) n'a pas permis de disposer d'une base de comparaison suffisamment élargie.

UNE ÉVOLUTION NÉCESSAIRE

- **Appréhension plus fine** des besoins et des potentiels de prévention pour la clientèle des organisations d'aide et de soins à domicile
⇒ *Evaluations et dépistages mieux ciblés*
- Utilisation possible **d'autres outils de la suite interRAI** tout en garantissant la même logique, la cohérence et la continuité de l'information
- Inscription des données locales dans une **dynamique de recherche internationale**
- **Partage de cette information** avec les partenaires médico-sociaux pour rendre le parcours des personnes prises en charge plus fluide.
⇒ *Situations cantonales variées*

DYNAMIQUE NATIONALE (ASSASD)

- L'actuelle implémentation de l'interRAI CMH (Community Mental Health)
 - Le projet se termine cet automne, l'outil sera à disposition des organisations cantonales dès 2018
- Une dynamique à poursuivre pour l'évolution vers l'interRAI HC
 - Même contenu «somatique» entre l'interRAI HC et l'interRAI CMH
 - Volonté d'aller rapidement pour travailler sur la base des mêmes libellés.

interRAI CMH_{Suisse}: situation de départ

- L'instrument interRAI CMH est un instrument d'évaluation approfondie pour les personnes souffrant d'une maladie psychique.
- Des aspects somatiques sont également évalués en plus des aspects psychiques.
- Après différentes démarches entreprises au niveau national depuis 2011, l'instrument définitif a été élaboré avec l'implication de professionnels en psychiatrie de l'Aide et soins à domicile.

interRAI CMH_{Suisse}: suite des démarches

- Traduction en français, allemand et italien et adaptations linguistiques avec des professionnels des différentes régions
- Janvier 2017:
 - l'instrument a été déposé auprès d'interRAI et a été accepté en avril 2017.
 - instrument sous forme de projet remis aux fournisseurs de logiciel: la mise en œuvre va commencer dès que l'instrument sera définitif
- Mai 2017
 - Finalisation des trois versions linguistiques et harmonisation des traductions
- A partir de l'été 2017: certification du logiciel, puis mise en oeuvre

interRAI Home Care: informations actuelles

Adaptation de l'instrument RAI HC à interRAI HC

- Les nouveaux instruments interRAI (New Suite) sont coordonnés les uns aux autres: les mêmes thèmes sont évalués et codifiés de manière identique dans les différents instruments.
- L'ASSASD est tenue par contrat de reprendre la version actuelle de interRAI-HomeCare[®] avec les adaptations linguistiques correspondantes propres à chaque pays.
- La demande de financement des frais de tiers (traduction, adaptations linguistiques, manuel, flyer d'information) de ce projet a été approuvée.

interRAI-HC_{Suisse}: la planification de projet

- L'ASSASD débute ce projet cet **été 2017**
- L'ASSASD travaille selon la même procédure que pour interRAI CMH_{Suisse}:
 - expertise professionnelle
 - traductions et adaptations linguistiques,
 - révision du manuel,
 - validation par interRAI,
 - contenus des formations
- Transfert aux fournisseurs de logiciel prévu au plus tard à **fin 2018**
- **2018 / 2019**: certification du logiciel
- **Entrée en fonction prévue à partir de mi 2019**

INITIATION-PLANIFICATION PILOTE EMS



coRAI : Pilote EMS long séjour

Présentation 4^e colloque coRAI

Camille-Angelo Aglione, Chef de projet



coRAI: Pilotes EMS



- Prestations de long séjour
 - interRAI *Long Term Care Facilities* (*interRAI LTCF*)
 - Estimation de l'impact financier
- Structures d'accompagnement médico-sociales (SAMS)

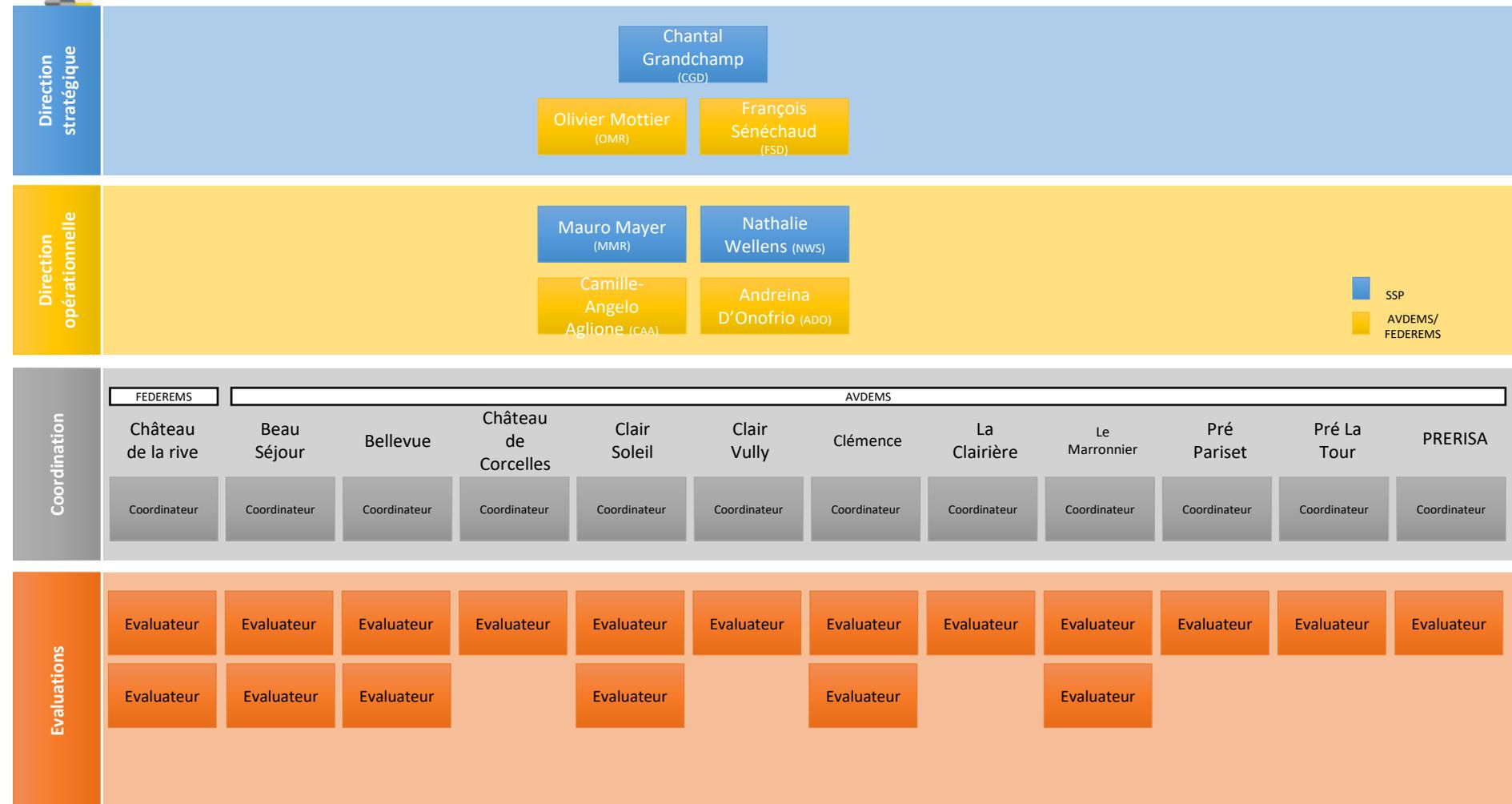


	Milestones	Date prévue	Etat actuel (04.09.2017)
Phase préalable	Choix de l'outil		Achevé
	Recrutement CdP		Achevé
	COFIL 1	12.01.2017	Achevé
Définition Planification	Précision du mandat	T2 2017	Achevé
	Recrutement des candidats	T2 2017	Achevé
	COFIL 2	06.07.2017	Achevé
Conception	Adaptation outil interRAI LTCF canadien (FR)	T3 2017	Achevé
	Programmation logiciel	T3 2017	En cours
	Concept de formation	T3 2017	Achevé
	Design d'évaluation	T3 2017	Achevé
Exécution	Recrutement spécialiste clinique	T4 2017	Achevé
	Formations	T4 2017	
	Récolte données	T4 2017 + T2 2108	
	COFIL 3	16.11.2017	
Eval.	Conclusion rapport d'évaluation	T3-4 2018	





Organigramme pilote LTCF



Prochaines étapes



Formation (octobre – novembre 17)

Récolte (novembre 17 – avril 18)

- *Evaluateur: Réalise au moins **15** évaluations complètes d'ici le mois d'avril 2018*
- *Coordinateur: Facilite l'intégration dans les équipes et aménage des processus cliniques pour faciliter les évaluations et renforcer la pertinence clinique des résultats*

Finalisation évaluation (septembre 18)



avdems

ASSOCIATION
VAUDOISE
D'ÉTABLISSEMENTS
MÉDICO-SOCIAUX

Camille-Angelo Aglione

Chef de projet pilote EMS coRAI

camille-angelo.aglione@avdems.ch



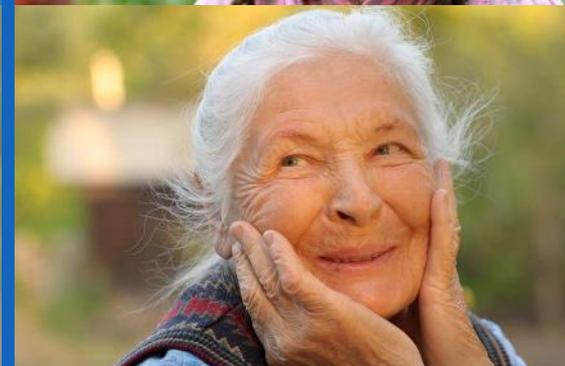
ANALYSES DONNÉES RAI-HC

Institution genevoise de maintien à domicile (imad)

Données imad issues de l'outils RAI-HC : résultats et perspectives

Présentation coRAI- Lausanne

Catherine Busnel Septembre 2017
catherine.busnel@imad-ge.ch



- Imad: présentation générale
- RAI-HC à imad (Processus de formation, Processus qualité des données)
- Résultats: analyse descriptive
- Les actions
- Perspectives
- Conclusion

Imad: présentation générale



imad : un établissement public autonome (EPA)

- Une autorité étatique exerce sa tutelle : le département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS).
- Deux lois principales régissent son activité : loi K 1 06 sur le réseau et le maintien à domicile (LSDom) et loi K 1 07 sur l'institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (LIMAD).
- Un contrat de prestations lie **imad** à l'Etat. Il confère à l'institution une autonomie de gestion et lui demande d'assurer des prestations efficaces et de qualité en retour du financement.

imad a pour mission

- d'assurer des prestations de soins, d'aide, d'accompagnement social et de répit favorisant le maintien à domicile des personnes et préservant leur autonomie
 - dans une approche pluridisciplinaire
 - en partenariat avec les proches aidants
 - en coordination avec les autres intervenants du réseau.

CANTON DE GENÈVE

Zones des centres de maintien à domicile

CAROUGE

PÂQUIS

EAUX-VIVES

ONEX

Siège social

○ Arcade imad

■ Centres de maintien à domicile (CMD)

● Antennes de maintien à domicile (AMD)

▲ Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)

● Unités d'accueil temporaire de répit (UATR)



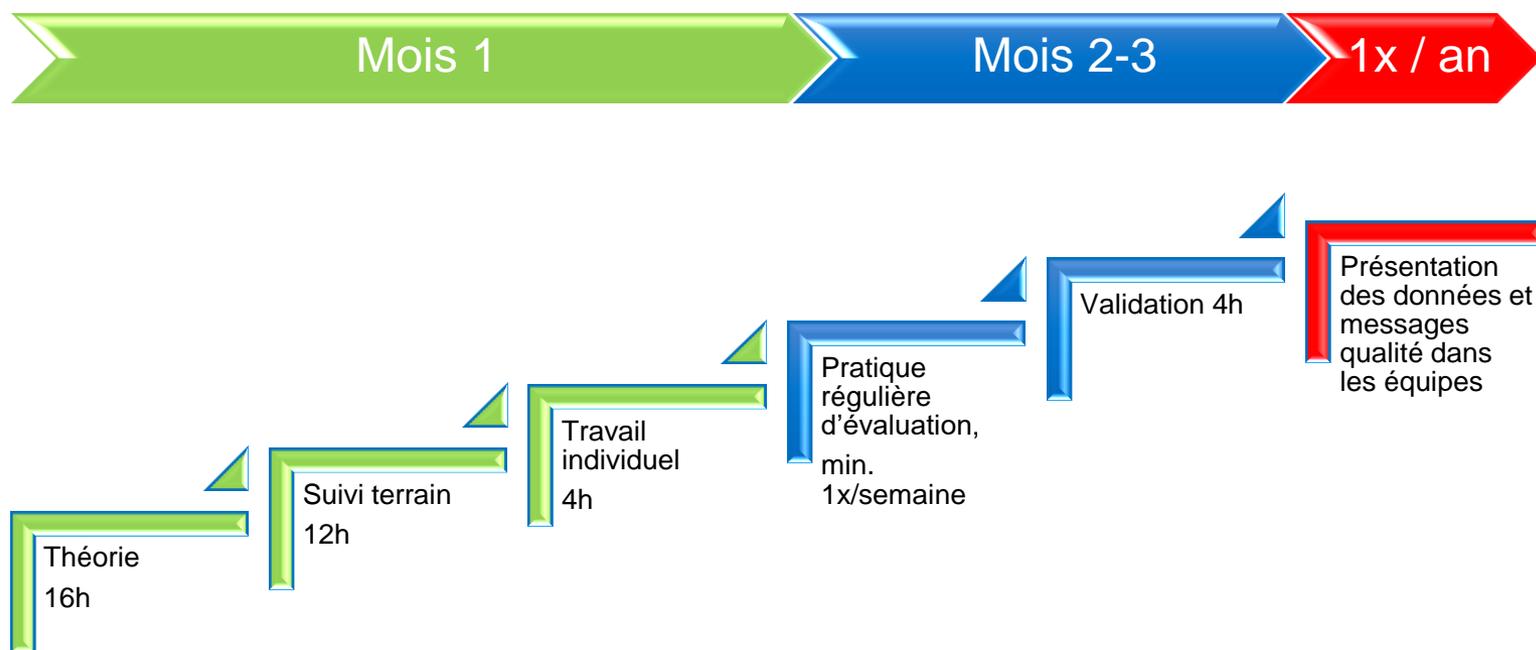
- 1 arcade
- 4 centres (CMD)
- 25 antennes (AMD)
- 40 équipes (EMD)
- 23 immeubles (IEPA)
- 2 unités d'accueil temporaires de répit (UATR)

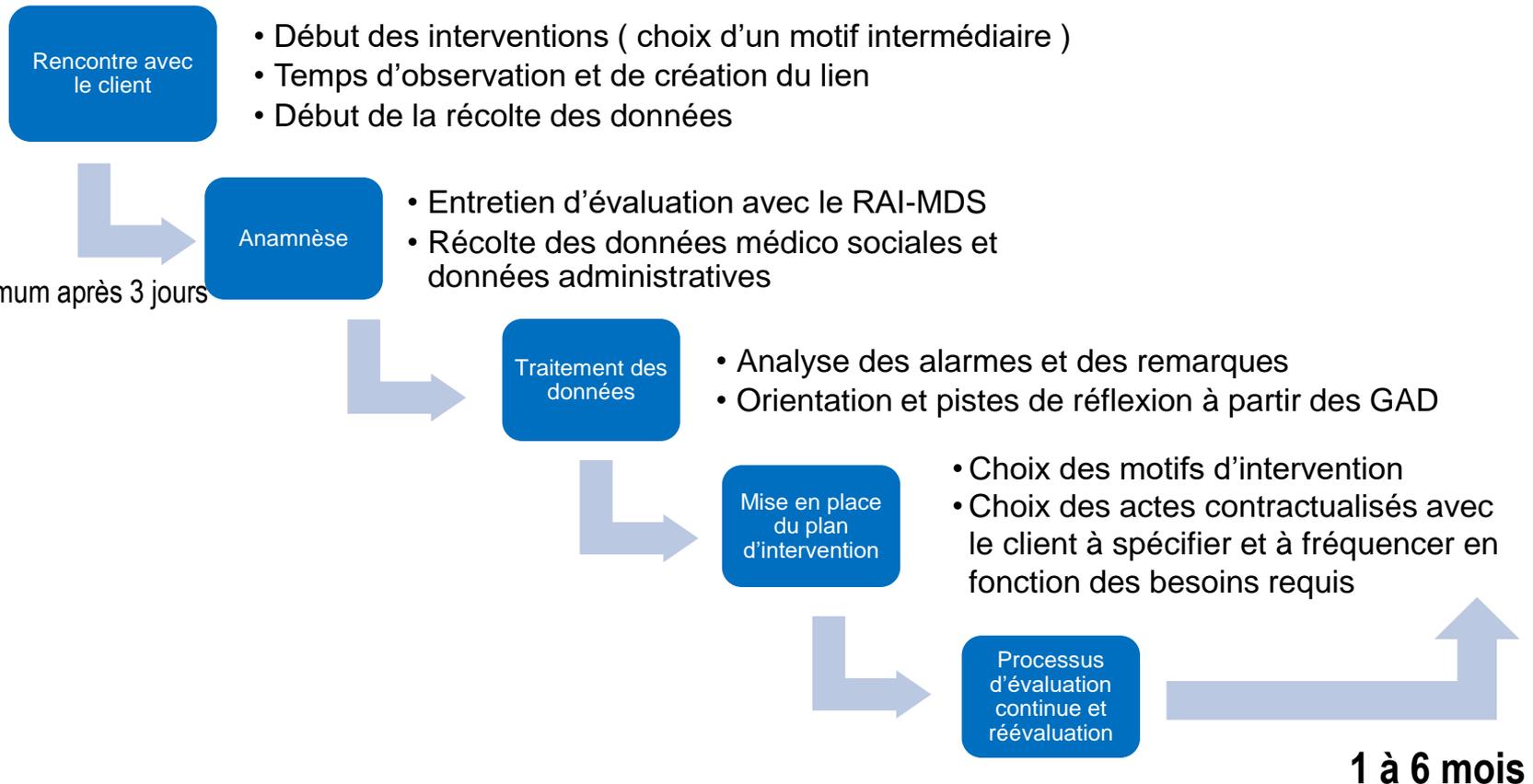
- Plus de 16'900 clients suivis annuellement
 - 2'200 collaborateurs 6'500 prestations fournies par jour
 - 613'854 heures de soins
 - 12'542 heures d'ergothérapie
 - 354'070 heures d'aide
 - 472'788 repas
 - 4'167 clients sécurité à domicile
 - Env. 300'000 heures de déplacement
-
- Infirmier-ères: référentes de situation
 - Dossier informatisé (medlink)
 - RAI-HC en routine



RAI-HC à imad









Qualité des données du RAI-HC:

- Complétude des RAI-HC à 100%
- Analyses des «bugs»
- Accompagnement de proximité des infirmier-ères dans leur pratique en fonction de leurs besoins (ISC)
- Restitution des analyses descriptives auprès des infirmier-ères
- Développement et amélioration de la plateforme informatique



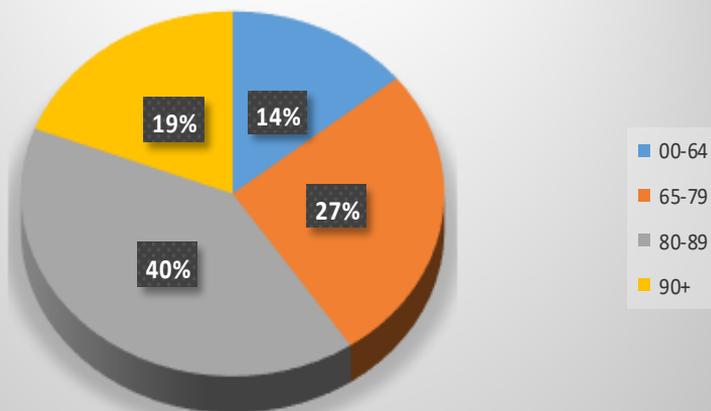
Résultats: analyse descriptive



- Pour 2016, **16'156** RAI-HC ont été réalisés par les infirmier-ères référentes à imad.
- L'analyse proposée porte sur **n=6864** clients ayant reçu au moins une évaluation globale des besoins requis sur l'année.
- Tous les clients soins ne sont pas intégrés dans cette analyse (clients avec soins de courte durée (ex clients HAD, les enfants, famille) pas évaluation au moyen du RAI-HC)

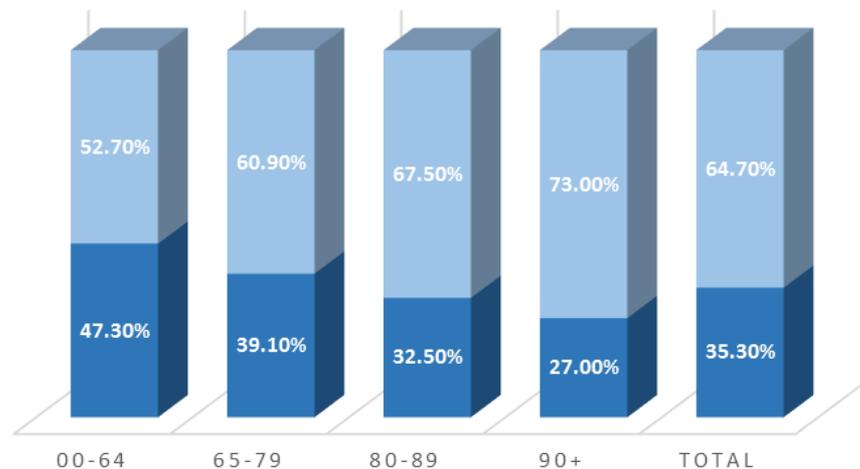
Carte d'identité des clients ayant des prestations de soins à imad

Répartition par tranche d'âge de la clientèle bénéficiaire de soins

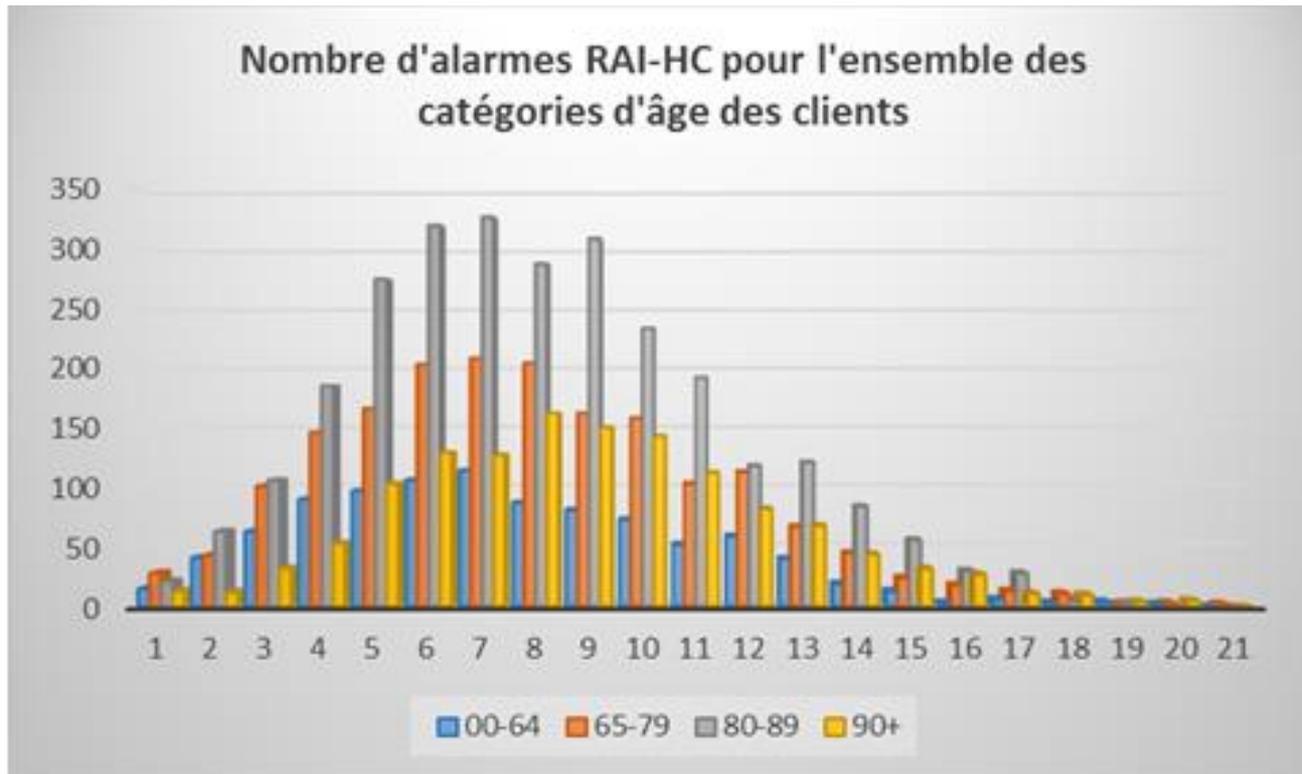


59% des clients soins, évalués au moyen du RAI-HC, **sont âgés de plus de 80 ans**

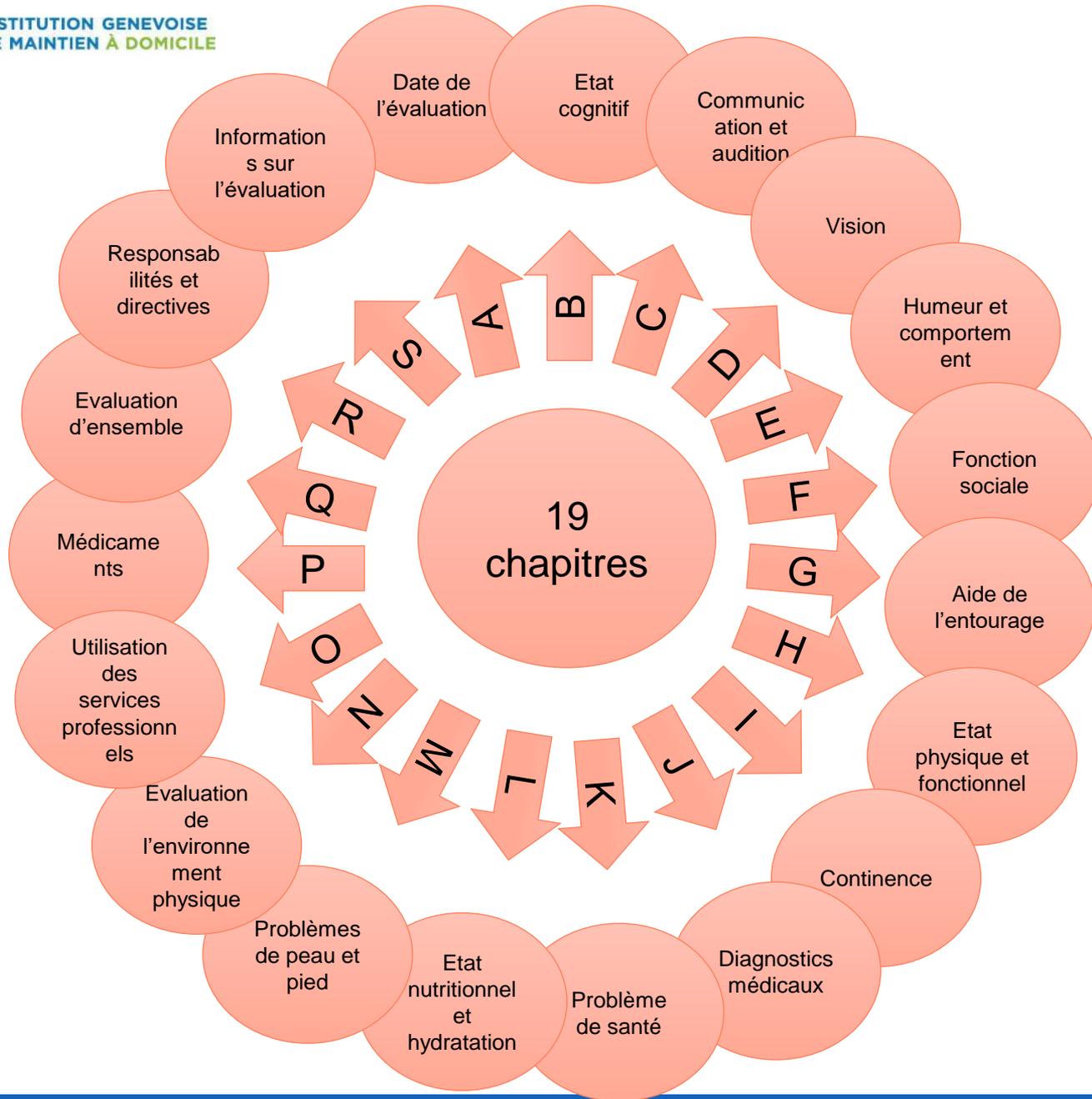
■ Hommes ■ Femmes

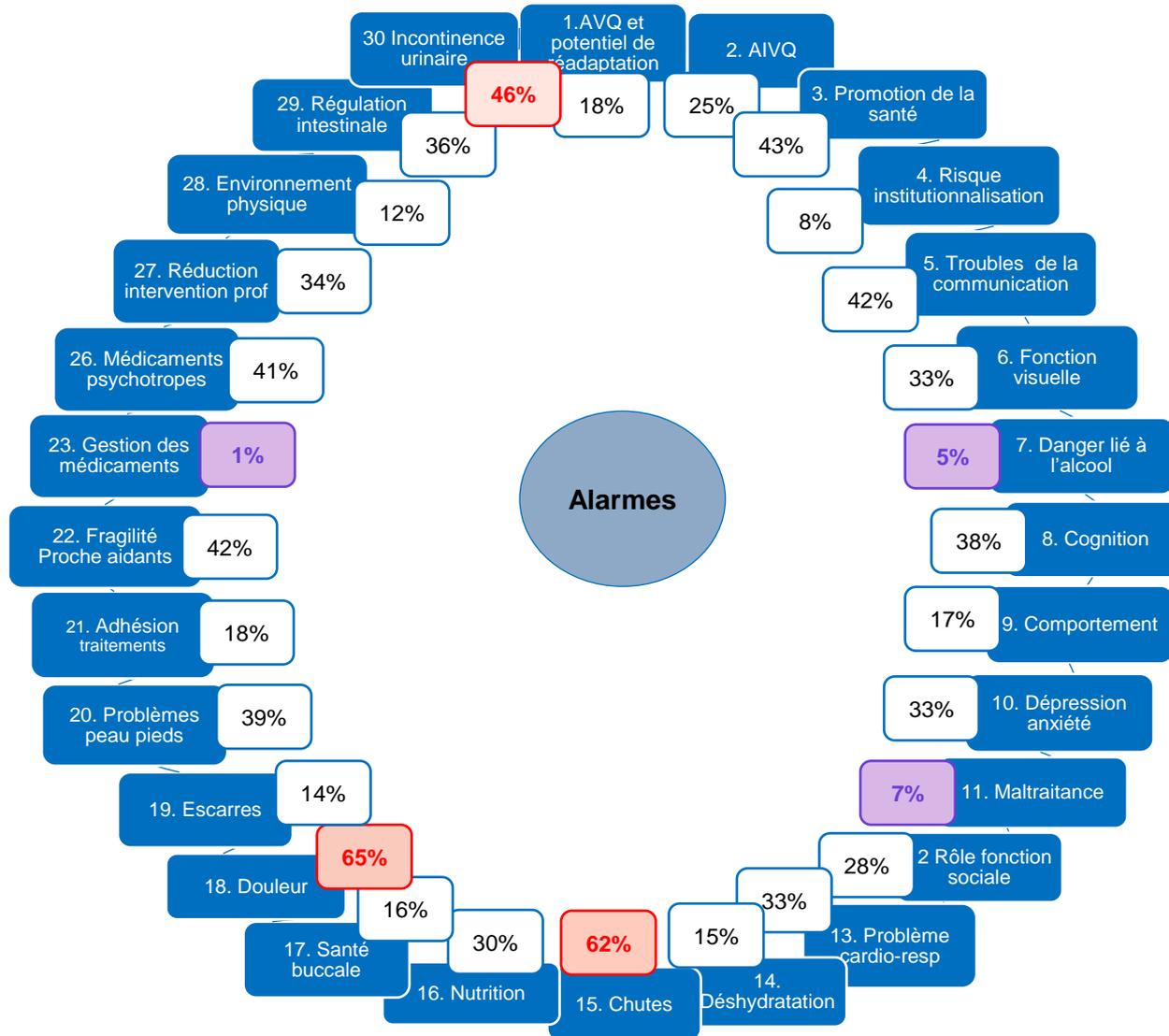


Répartition globale et par tranche d'âge des hommes et des femmes recevant des soins à domicile et évalués au moyen du RAI-HC Suisse



- ✓ Le nombre d'alarmes déclenchés est en moyenne de 8,13 (médiane=8).





Classement des 10 alarmes les plus déclenchées quel que soit le sexe et selon les 4 tranches d'âge

Rang	Alarme	00-64	65-79	80-89	90+	Total
1	AL18 Douleurs	66.2%	67.7%	65.8%	61.3%	65.5%
2	AL15 Chutes	56.4%	59.5%	64.9%	67.6%	62.8%
3	AL30 Incontinence U	22.0%	40.7%	52.0%	62.4%	46.8%
4	AL3 Promotion santé	50.9%	44.5%	40.2%	42.1%	43.2%
5	AL22 Proches aidants	45.6%	44.1%	41.3%	40.8%	42.5%
6	AL 5 Troubles de la communication	23.6%	30.5%	46.7%	64.1%	42.5%
7	AL26 Médicaments psychotropes	49.1%	43.3%	39.9%	36.5%	41.4%
8	AL 20 Problèmes peau/pieds	39.2%	38.5%	37.2%	42.0%	38.8%
9	AL8 Cognition	25.8%	32.7%	43.2%	46.9%	38.7%
10	AL29 Régulation intestinale	32.1%	36.7%	34.8%	40.6%	36.1%

Les alarmes progressant en fonction de l'âge (et tous sexes confondus)

Alarmes	00-64	65-79	80-89	90+	Différence (00-64 – 90+)
AL5 Troubles de la communication	23.6%	30.5%	46.7%	64.1%	+40.5 (+63%)
AL30 Incontinence urinaire	22.0%	40.7%	52.0%	62.4%	+40.4 (+64%)
AL6 Fonction visuelle	21.3%	29.2%	35.5%	44.0%	+22.8 (+51%)
AL8 Cognition	25.8%	32.7%	43.2%	46.9%	+21.0 (+45%)
AL27 Réduction intervention prof	25.0%	30.1%	36.7%	44.6%	+19.6 (+44%)
AL13 Problèmes cardio-respiratoire	21.7%	32.6%	35.6%	40.8%	+19.1 (47%)
AL 16 Nutrition	26.5%	29.0%	28.7%	38.7%	+12.2 (+31%)
AL15 Chutes	56.4%	59.5%	64.9%	67.6%	+11.1 (16%)
AL4 Risque institutionnalisation	3.4%	6.1%	8.7%	12.4%	+9.0 (72%)
AL29 Régulation intestinale	32.1%	36.7%	34.8%	40.6%	+8.5 (21%)

Les alarmes relatives aux troubles de la communication et à l'incontinence urinaire progressent de manière importante avec l'âge.

Les alarmes déclinant en fonction de l'âge (et tous sexes confondus)

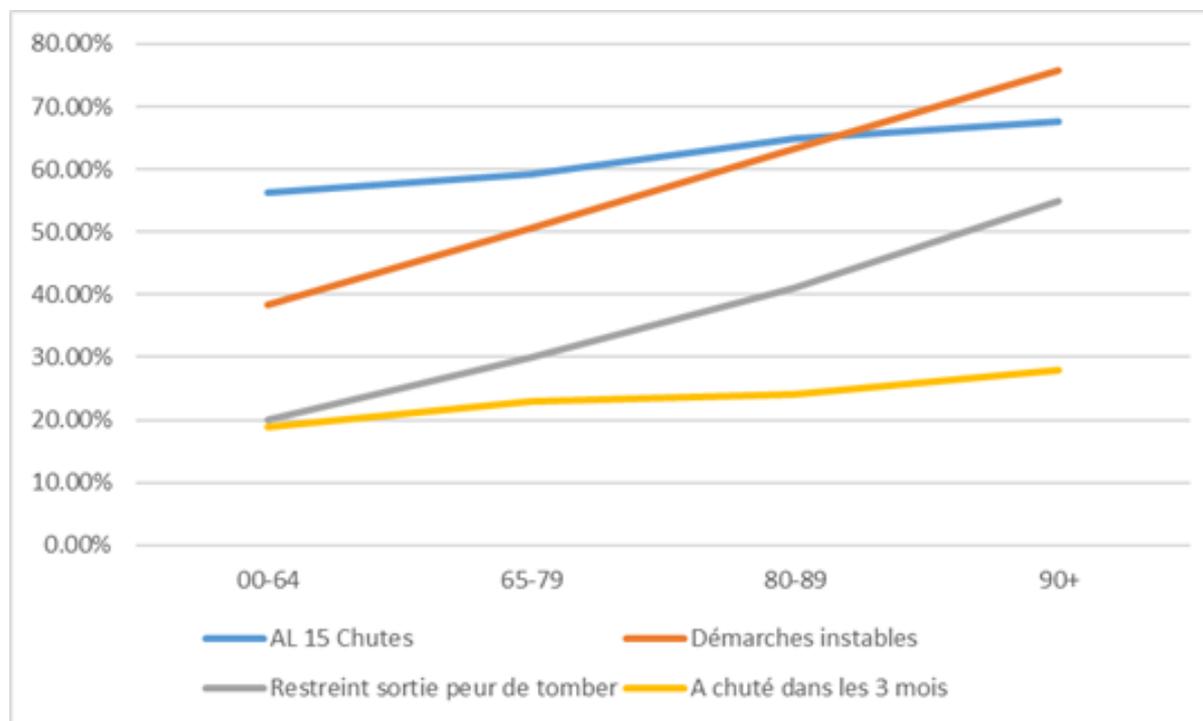
Alarmes	00-64	65-79	80-89	90+	Différence (00-64 – 90+)
AL2 AIVQ (potentialité)	33%	30%	24%	18%	-15 (-83%)
AL26 Médicaments psychotropes	49%	43%	40%	36%	-13 (-36%)
AL 7 Alcool	11%	8%	3%	1%	-10 (-100%)
AL3 Promotion de la santé	51%	45%	40%	42%	-9 (-21%)
AL10 Dépression anxiété	39%	34%	32%	30%	-8 (-30%)
AL 12 Rôle et fonction sociale	32%	28%	27%	26%	-6 (-23%)
AL 22 Fragilité proche aidant	46%	44%	41%	41%	-5 (-12%)
AL 18 Douleurs	66%	68%	66%	61%	-5 (-8%)

Les alarmes déclinant de manière plus importante avec l'âge sont l'alarme liée à la potentialité des AIVQ et celle concernant les médicaments psychotropes.

n=6864	00-64	65-79	80-89	90+	Total
AL 18 Douleurs	66.2%	67.7%	65.8%	61.3%	65.5%
Pas de douleurs	41.0%	40.2%	40.8%	40.8%	41.8%
Douleurs légères	16.0%	19.0%	20.5%	19.6%	19.3%
Douleurs moyennes	33%	33%	32%	29%	32%
Douleurs fortes	10%	8%	5%	4%	6%
Douleurs atroces	1%	1%	1%	0%	1%
Douleurs suffisamment maîtrisés	47%	47%	48%	45%	47%
Douleurs et ttt non pris	4%	5%	5%	4%	5%
douleurs insuff ttt	9%	8%	6%	5%	7%
Analgésiques pris dans les 7 j	50%	52%	48%	45%	49%

- ✓ **Près des 2/3** des clients ont l'alarme **douleur déclenchée**
- ✓ **Plus d'un client sur 2 (58.3%)** souffre de **douleurs** dont **39%** ont des **douleurs moyennes à intolérables**
- ✓ **5%** des clients malgré les douleurs **ne prennent pas leur traitement**
- ✓ **Plus de 7% des clients** ayant des douleurs expriment le fait que **les douleurs ne sont pas suffisamment maîtrisées et qu'une adaptation de la thérapie s'impose**
- ✓ **Moins de la moitié** des clients dit avoir pris **un analgésique dans les 7 derniers jours**

n=6864	00-64	65-79	80-89	90+	Total
AL 15 Chutes	56.4%	59.3%	64.9%	67.6%	62.8%
Démarches instables	38.3%	50.7%	63.4%	75.7%	58.9%
Restreint sortie peur de tomber	20%	30%	41%	55%	38%
A chuté dans les 3 mois	19%	23%	24%	28%	24%

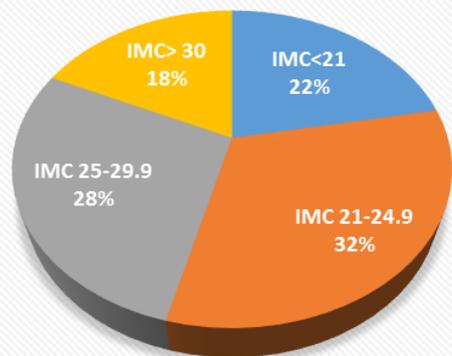


n=6864	00-64	65-79	80-89	90+	Total
Aucun aidant	45.0%	37.6%	31.6%	30.3%	34.9%
Un ou plusieurs aidants	55.0%	62.4%	68.4%	69.7%	65.1%
Le proche aidant ne peut plus continuer son aide	3.9%	4.8%	4.3%	4.5%	4.4%
Le proche aidant exprime un sentiment de fardeau	6%	9%	10%	11%	9%

- ✓ **Près de 7 clients sur 10 affirment avoir un ou plusieurs proches aidants**
- ✓ **Plus de 13% des clients évoquent que leur proche ne peut continuer leur aide ou exprime un sentiment de fardeau.**

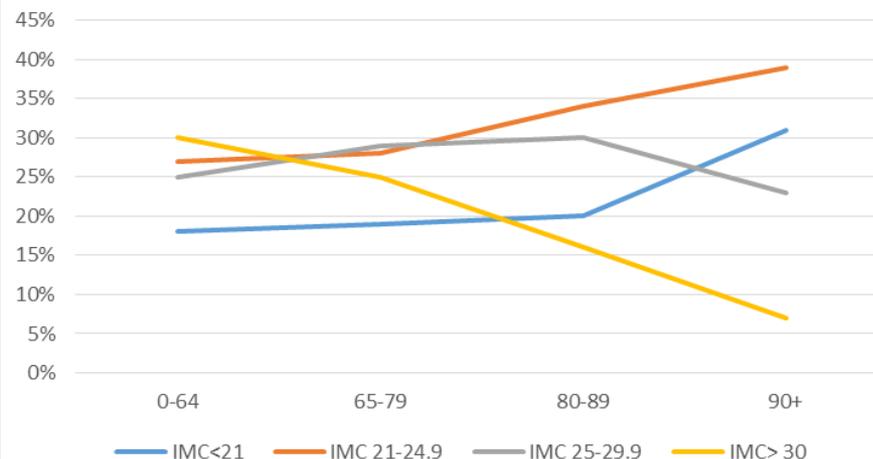
n=6864	0-64	65-79	80-89	90+	Total
AL 16 Nutrition	26.5%	29.0%	28.7%	38.7%	30.4%
IMC<21	18%	19%	20%	31%	22%
IMC 21-24.9	27%	28%	34%	39%	32%
IMC 25-29.9	25%	29%	30%	23%	28%
IMC> 30	30%	25%	16%	7%	18%

Répartition des clients de plus de 65 ans tout âge confondu



■ IMC<21 ■ IMC 21-24.9 ■ IMC 25-29.9 ■ IMC> 30

Différence des courbes de l'IMC selon les tranches d'âges



L'évolution des courbes de l'IMC selon les tranches d'âge et quel que soit le sexe se modifie

n=6864	00-64	65-79	80-89	90+	Total
Hommes	26.0%	34.6%	42.8%	49.7%	38.2%
Femmes	25.7%	31.4%	43.4%	45.8%	38.9%
Total	25.8%	32.7%	43.2%	46.9%	38.7%

	0-64	65-79	80-89	90+	Total
Problèmes mémoire à court terme	14%	22%	35%	39%	30%
Problèmes mémoires procédurales	13%	18%	28%	30%	24%
Facultés cognitives indépendance altérée	19%	22%	24%	25%	23%
Facultés cognitives légèrement déficiente	10%	12%	15%	15%	13%
Facultés cognitives moyennement déficiente	4%	5%	9%	8%	7%
Facultés cognitives gravement déficiente	3%	3%	5%	8%	4%

Echelle de performance cognitive CPS	0-64	65-79	80-89	90+	Total
Cognition intacte ou presque	80%	75%	65%	62%	69%
Atteinte légère et modérée	16%	21%	30%	30%	26%
Atteinte modérée sévère à très sévère	4%	3%	5%	8%	5%

Echelle de dépression DRS (Depression Rating Scale) (échelle de 0 à 4)

	0-64	65-79	80-89	90+	Total
Dépression ou suspicion de dépression (score ≥ 2)	21%	18%	16%	13%	17%

Sentiment de solitude	00-64		65-79		80-89		90+		total	
	hommes	femmes								
	22%	20%	14%	21%	15%	21%	13%	20%	16%	20%

Dans le RAI-HC, l'item relatif à la solitude indique que 19.01% tous sexes et âges confondus en souffre

Le nombre moyen des substances différentes est de **8.39** (médiane **7**).

	0-64	65-79	80-89	90+	Total
0-2	16.1%	6.7%	6.8%	8.6%	8.4%
3 à 8	52.2%	51.3%	55.8%	62.7%	55.4%
plus de 9	31.7%	42.0%	37.4%	28.7%	36.1%

Plus d'un tiers (36.1%) des clients ont plus de 9 substances médicamenteuses différentes.

Indicateurs	Règle pour le calcul des indicateurs	2016
Douleurs	Rapport exprimé en % douleurs déclarées modérées à fortes dans les 7 jours K4b>1	39%
	Rapport exprimé en % douleurs présentes et médicaments non pris K4c >1	12%
	Rapport exprimé en % d'analgésique P5e=1	49%
Chutes	Rapport exprimé en % de personnes ayant déclarées avoir chutées dans les 3 derniers mois K5=1	24.2%
Incontinence Urinaire et fécale	Rapport exprimé en % de personnes ayant des problèmes de continences I1>1 ou I2>1	25%
	Rapport exprimé en % de personnes ayant des problèmes de continences I2>1	8.4%
Dénutrition	Rapport exprimé en % de personnes âgées de plus de 65 ans avec un IMC<21 L6=1	23.3%
Problèmes buccaux	Rapport exprimé en % de clients ayant des problèmes buccaux L5=1	13.2%
Déshydratation	Rapport exprimé en % de clients ayant pris aucun ou peu de liquide au cours des 3 derniers jours L2a=1	3.8%
Problèmes plaies ulcères escarres	Rapport exprimé en % de clients ayant des problèmes cutanés M2 ou M3a ou M3b ou M3c =1	13.7%
Médication	Rapport exprimé en % de principes actifs >9 dans les 7 derniers jours	36.1%
	Rapport exprimé en % avec médication non revue dans les 180 jours P7=1	1.6%

Les actions



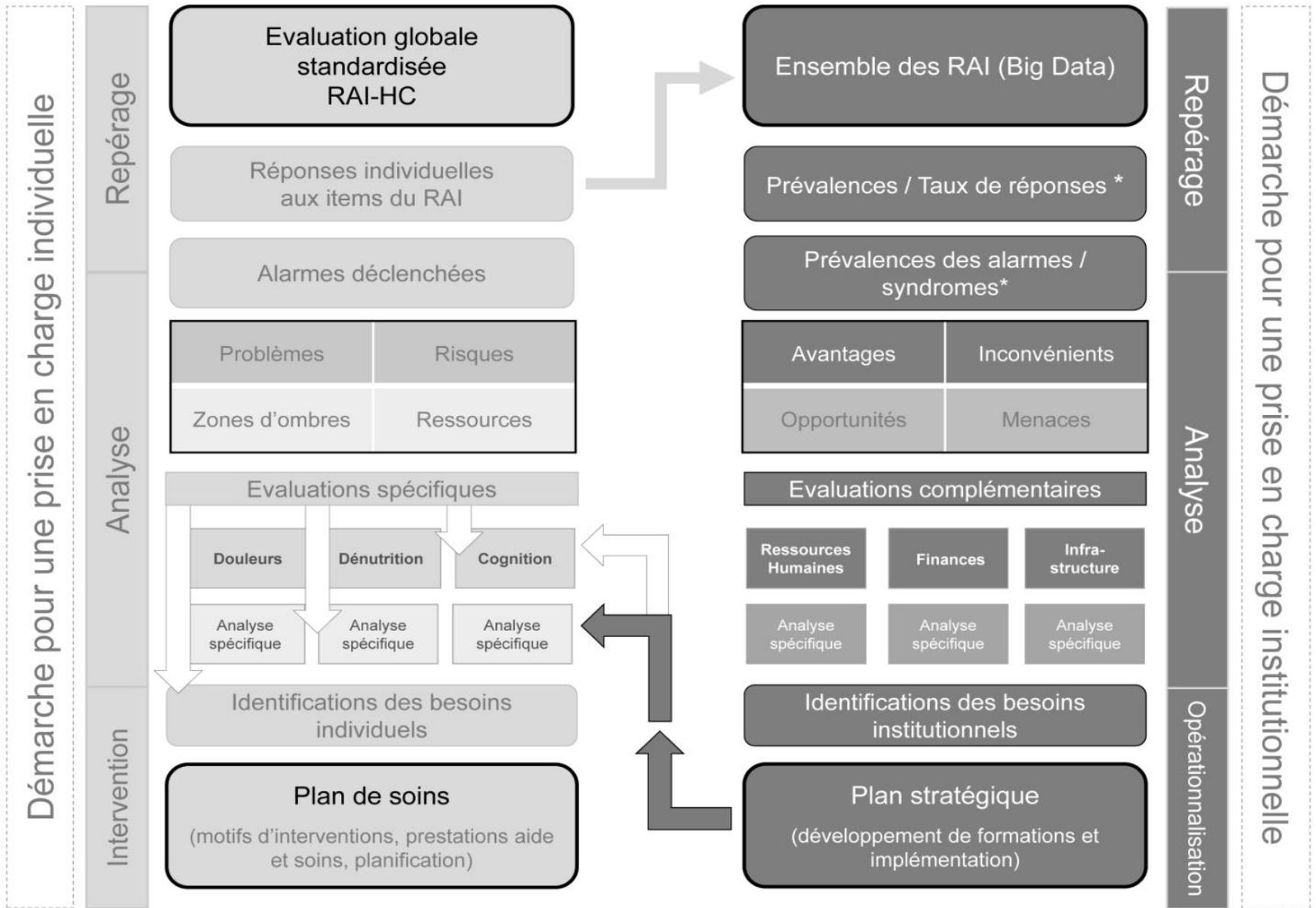


Figure issue de l'article Busnel, C., Mastromauro, L., Zecca, W., & Ludwig, C. (2017)

Actions mises en place: exemples

Douleurs

Données: Alarme 18: 65%
douleurs et ttt non pris: 12%

Actions: - formation de sensibilisation soins pal
- ateliers clinique de proximité
- semaine d'actions douleur

Troubles cognitifs

Données: Alarme 8: 38%
Echelle CPS: 31%

Actions: - analyse qualitative des dossiers
- focus groupe connaissances et représentations
- formation clinique
- analyse de la pratique
- formation heds-imad CAS «Démence et troubles psychiques de la personne âgée»

Nutrition

Données: Alarme 16: 30%
IMC<21: 23%

Actions: - étude sur la dénutrition (quantitative et qualitative), MNA-SF
- ateliers de proximité
- développement supports clinique et recommandations de bonnes pratiques

Proches aidants

Données: Alarme 22: 42%

Actions: - étude AGeneva Care
- formation UATR
- recommandations clinique (Zarit)
- actions inter cantonales proches aidants



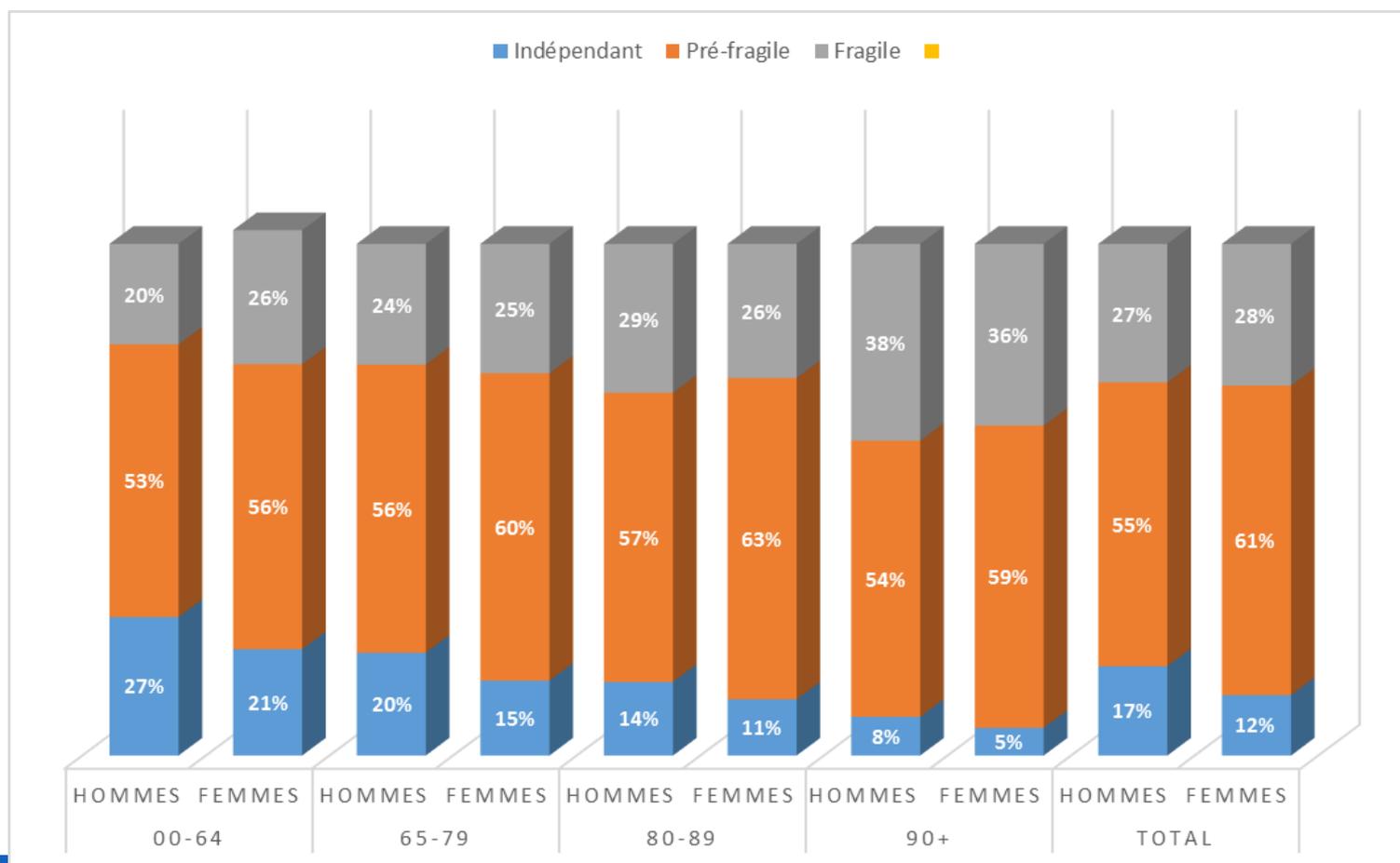
Perspectives et développement





- Poursuivre l'adaptation des actions de formation
- Orienter l'analyse des données vers d'autres axes cliniques telle que la fragilité
 - le phénotype de Fried
 - Index de fragilité selon Rockwood

	0-64	65-79	80-89	90+	Total
Indépendant	24%	17%	12%	6%	14%
Pré-fragile	55%	59%	61%	58%	59%
Fragile	22%	25%	27%	36%	27%



Dérivation d'un indice de fragilité au moyen du Rai-HC

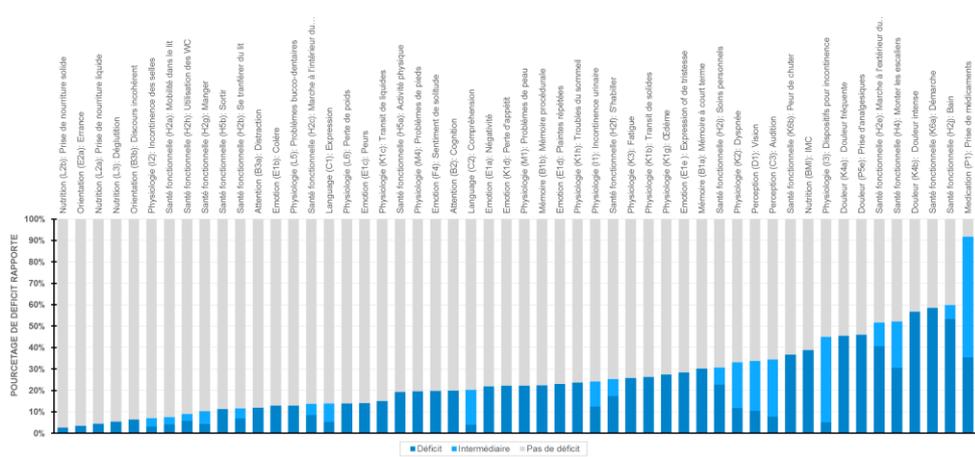
n=3839 personnes (de plus de 65 ans ayant reçu un Rai-HC à l'admission ; seules les premières évaluations ont été considérées)

IF a été dérivé d'un ensemble de 52 variables selon (Searle et al., 2008)

Tableau 1. Résultats des analyses de régression logistique répétées évaluant l'effet de l'index de fragilité (IF), de l'Age et du Sexe sur trois types d'événements de santé indésirables (décès, hospitalisations et chutes)

	OR	IC95%	Valeur p
Décès (4.25%)¹			
Fragilité	9.99	[3.20-29.99]	p<.001
Age	1.04	[1.01-1.07]	p=.001
Sexe (H) *	2.37	[1.72-3.36]	p<.001
Hospitalisations (44.71%)²			
Fragilité	3.40	[1.78-6.32]	p<.001
Age	.98	[.97-.99]	p<.001
Sexe (H) *	1.13	[.96-1.33]	.152
Chutes (39.67%)²			
Fragilité	5.00	[2.68-9.38]	p<.001
Age	1.01	[1.00-1.03]	p<.01
Sexe (H) *	0.96	[.81-1.14]	.598

Note: OR: Odds ratio; IC95%: 95% Intervalle de confiance à 95%; valeurs estimées par bootstrap (N=1'000). ¹ Echantillon de suivi N= 2'316; ² Echantillon N= 3'714; * Femmes en référence



Ludwig, C., & Busnel, C. (2017, en révision). Derivation of a frailty index from the Resident Assessment Instrument – Home Care adapted for Switzerland: A study based on retrospective data analysis. BMC Geriatrics

- interRAI, instrument d'évaluation multidimensionnel, pour toutes les structures socio-sanitaires (dont interRAI-HC)
- Poursuite des objectifs et suivi de l'évolution du client / patient par le même langage entre les institutions : Continuum des soins
- Gain de temps et d'efficience entre les différentes institutions en diminuant les doublons de récolte et d'analyse de données.
- Données cliniques comparables au niveau international/ Benchmark
- Soutien international pour des recherches et des développements cliniques
- Support de décision à la santé publique par une meilleure visibilité, analyse et identification des besoins des clients / patients

- La stabilité de la base des données et la qualité du remplissage par les professionnels infirmiers sont une base essentielle
- La complémentarité des approches cliniques micro et des approches institutionnelles macro accroît la connaissance des bénéficiaires de soins et la personnalisation des prises en soin
- Implémentation des outils d'évaluation cliniques complémentaires et des actions de formation de proximité

Messages clés et bonnes pratiques
Évaluation globale et spécifique
Supports et documents de référence

- Q-Sys AG. (2009). Manuel RAI-Home-Care Suisse. St-Gall, Suisse: Q-Sys AG.
- Busnel, C., Mastromauro, L., Zecca, W., & Ludwig, C. (2017). Le RAI Home Care: Utilisation, potentiels et limites dans les soins à domicile. *Gérontologie et Société* 39(153), 167-182. doi:10.3917/g1.153.0167
- Searle, S., Mitnitski, A., Gahbauer, E., Gill, T., & Rockwood, K. (2008). A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatrics*, 8, 24. doi:10.1186/1471-2318-8-24
- Armstrong, J. J., Stolee, P., Hirdes, J. P., & Poss, J. W. (2010). Examining three frailty conceptualizations in their ability to predict negative outcomes for home-care clients. *Age and Ageing*, 39(6), 755-758. doi:10.1093/ageing/afq121 ;
- Gordon, E. H., Peel, N. M., Samanta, M., Theou, O., Howlett, S. E., & Hubbard, R. E. (2017). Sex differences in frailty: A systematic review and meta-analysis. *Experimental Gerontology*, 89, 30-40. doi: 10.1016/j.exger.2016.12.021 ;
- Hubbard, R. E., Peel, N. M., Samanta, M., Gray, L. C., Fries, B. E., Mitnitski, A., & Rockwood, K. (2015). Derivation of a frailty index from the interRAI acute care instrument. *BMC Geriatrics*, 15(1), 27. doi:10.1186/s12877-015-0026-z;
- Morris, J. N., Fries, B. E., et al. (1997). Comprehensive clinical assessment in community setting: Applicability of the MDS-HC. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(8), 1017-1024. ;
- Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 722-727.;
- Rockwood, K., Fox, R. A., Stolee, P., Robertson, D., & Beattie, B. L. (1994). Frailty in elderly people: an evolving concept. *Canadian Medical Association Journal*, 150(4), 489-495.
- Ludwig, C., & Busnel, C. (2017, en révision). Derivation of a frailty index from the Resident Assessment Instrument – Home Care adapted for Switzerland: A study based on retrospective data analysis. *BMC Geriatrics*

Merci de votre attention.

www.imad-ge.ch

MERCI ET À BIENTÔT

PROGRAMME CANTONAL coRAI

Info.santepublique@vd.ch

Colloque Programme coRAI - 4 septembre 2017