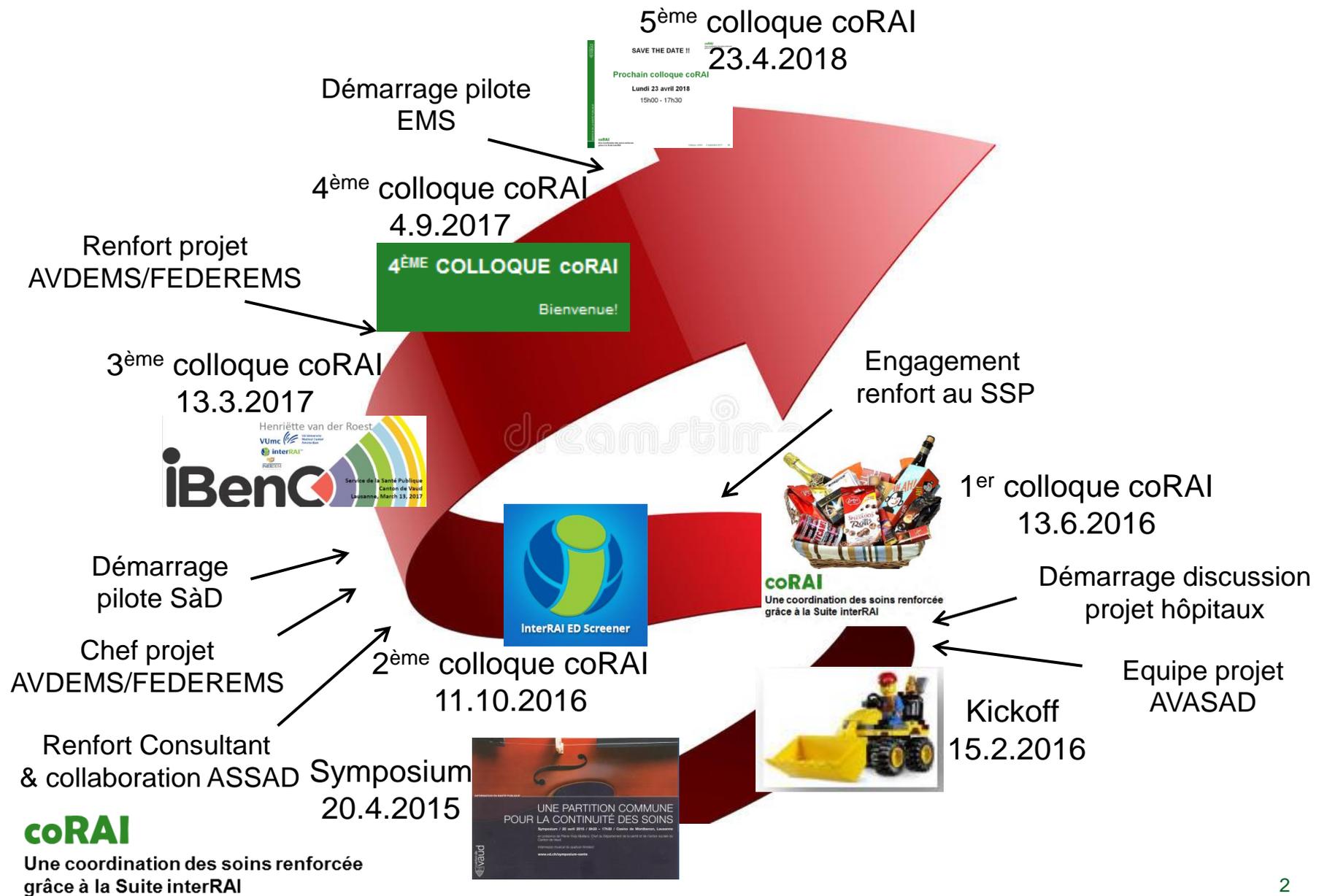


5^{ÈME} COLLOQUE coRAI

Bienvenue!

23 avril 2018

UN PROGRAMME DYNAMIQUE !



1. Programme coRAI

→ Pilote CMS: Retour pilote (terrain)



→ Evaluation pilote coRAI AVASAD

→ Pilote EMS: évaluation

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

→ Accompagnement terrain

audems



→ H VD: interRAI dans le dossier des soins



→ Perspectives SSP 2018-2020

2. Analyses données RAI-HC_{Suisse}

→ Analyses données RAI-HC VD

PROGRAMME coRAI

PROGRAMME coRAI

Programme coRAI

→ Pilote CMS: Retour pilote (terrain)



→ Evaluation pilote coRAI AVASAD

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

→ Pilote EMS: évaluation

→ Accompagnement terrain *avdems*



→ H VD: interRAI dans le dossier des
soins



→ Perspectives SSP 2018-2020

PROJET PILOTE CORAI AVASAD

RETOUR DE TERRAIN

Retour de terrain du pilote coRAI soins à domicile AVASAD

Colloque coRAI

23 avril 2018

Harmony Pillado

Infirmière CMS de Moudon

Contenu de la présentation

- Contexte
- Partage de mon expérience en lien avec
 - Le client
 - Mon activité d'évaluation
 - Exemple d'une situation
 - L'équipe
- La vision de mes collègues référentes
- Ma conclusion

Contexte général dans le CMS

■ Au CMS de Moudon

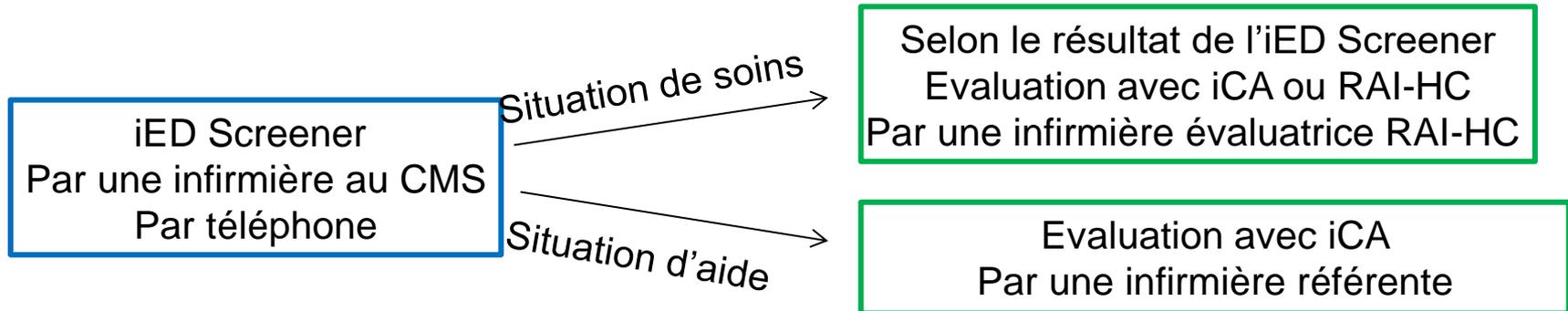
- 4 infirmières référentes et 4 infirmières évaluatrices RAI formées
- 2 infirmières et 2 responsables d'équipe formées à l'iED Screener lors de la demande
- Information donnée à l'ensemble de l'équipe

■ Contexte du CMS

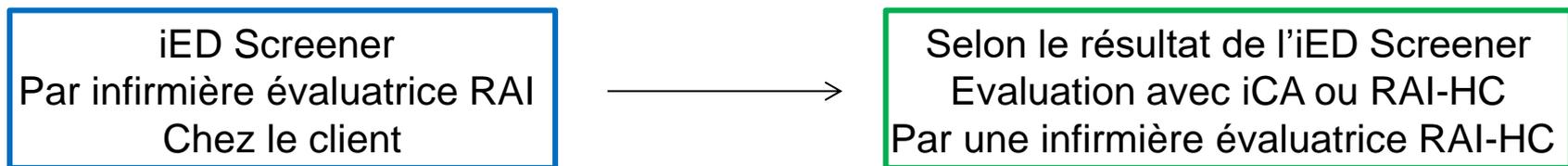
- En mouvement pendant le test : changement de RC, passage de 2 à 3 équipes, divers changements de personnels
- Phase de consolidation d'autres projets : proches aidants, santé mentale
- Implication uniquement d'une partie de l'équipe

Contexte : organisation de l'évaluation de la situation testée dans le CMS

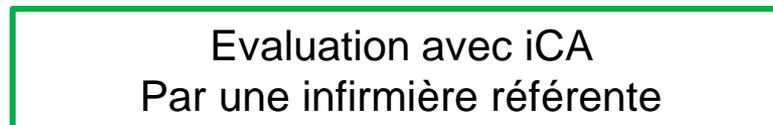
■ Evaluation situation d'une nouvelle demande aide et soins



■ Réévaluation d'une situation de soins



■ Réévaluation d'une situation d'aide



Mon expérience en lien avec le client

- Evaluation avec un outil standardisé :
 - Difficulté pour le client de comprendre le lien entre la demande précise et la démarche d'évaluation globale
 - Multiplication des temps d'évaluations

- Réévaluation :
 - Utiliser l'iED Screener en arrivant chez le client est confrontant, évolution de ma manière de l'utiliser en cours de test
 - Pour les clients qui ont l'habitude des évaluations standardisées, pas de perception du changement

Mon expérience en lien avec mon activité d'évaluation

- Utilisation d'un logiciel indépendant du logiciel du dossier client
- Facilité d'utilisation du logiciel d'évaluation
- Nécessité d'adapter la façon de penser par le changement des règles de codage et d'interprétation des résultats
- Simplification de la démarche d'analyse pour les situations de moindre vulnérabilité

Situation de Mme G.

- Elle a 81 ans, vit seule à la maison, est diabétique et sous anticoagulant, elle a 3 enfants, s'occupait de ses poules et ses lapins
- Éléments significatifs de l'évaluation :
 - Retour de l'hôpital suite à une chute avec TCC
 - Inquiétude pour ses dents cassées et le traitement à venir
 - Souhaite pouvoir retourner manger au restaurant du village et s'occuper de ses animaux
 - Souhaite rester le plus autonome possible
 - **Echelles et alarmes :**
 - Performance cognitives 2 (0-8)
 - Symptôme de dépression 3 (0-9)
 - Chute 3 (0-3)
 - Potentiel de réhabilitation 4 (1-5)
 - AIVQ 5 (0-6)



Situation de Mme G. (suite)

■ Objectifs suite à l'analyse clinique

- Mme s'hydrate suffisamment au quotidien
- Mme conserve un poids stable
- Mme conserve des constantes dans les normes pour elle
- Mme prend de manière régulière et sécuritaire son TTT médicamenteux

■ Prestations CMS

- Bilan état de santé hebdomadaire: suivi du poids, paramètre vitaux et préparation des médicaments
- Suivi de la prise des médicaments, alimentation et hydratation quotidiennement
- Aide à la douche pour éviter le risque de chute

Mme est peut motivée à suivre la prescription de physiothérapie

■ Evolution de la situation depuis l'évaluation

- Mme retourne manger au village
- Fait du jardin et s'occupe de ses animaux
- Prends ses médicaments de manière autonome, réduction des interventions

Mon expérience en lien avec l'équipe

- La différence de documentation des résultats issus de l'évaluation entre le RAI-HC et l'iCA a demandé une adaptation importante
- L'utilisation de plusieurs outils a créé du «flou» pendant les premiers mois par perte de repère (terme, contenu, forme, etc)
- Aisance personnelle de transmission des informations issues de l'iCA à la référente dans une visée de continuité

La vision de mes collègues référentes

- Apprentissage de base à l'utilisation d'un outil standardisé, nouveauté pour elles
- Expression d'un décalage entre une demande précise de prestation et une évaluation globale approfondie : besoin de temps pour s'approprier le sens
- Vision de l'intérêt de la démarche après une phase d'apprentissage
- Difficulté de partager directement les résultats avec le client
- Appropriation ralentie par une fréquence de pratique peu importante

Ma conclusion

- Intéressant de travailler avec les deux outils RAI-HC et iCA dans ma pratique
- Démarche d'évaluation plus simple avec l'iCA
- Logiciel agréable, adapté à l'usage en entretien
- Intérêt à découvrir l'outil modifié après l'évaluation du test

- Pour moi, l'intérêt clinique n'est plus à démontrer, mais l'organisation a demandé beaucoup d'énergie pour le test

En résumé...



J'ai transpiré, mais je suis contente

EVALUATION IUMSP PILOTE CMS

ÉVALUATION DU PROJET PILOTE CORAI AVASAD :

CONSULTATION DES PROFESSIONNELS

Dr Laurence Seematter-Bagnoud
Mme Anne Cattagni Kleiner
Mme Sarah Fustinoni
M. Lionel Meylan
Dr Stéphanie Pin

Prof Brigitte Santos-Eggimann

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Structure de la présentation

- Rappel des objectifs et du déroulement du pilote
- Consultation des professionnels:
 - Questions d'évaluation
 - Méthodes
 - Résultats: Formation / Outils / Logiciel et besoins IT/ Démarche et organisation
- Recommandations et conclusion

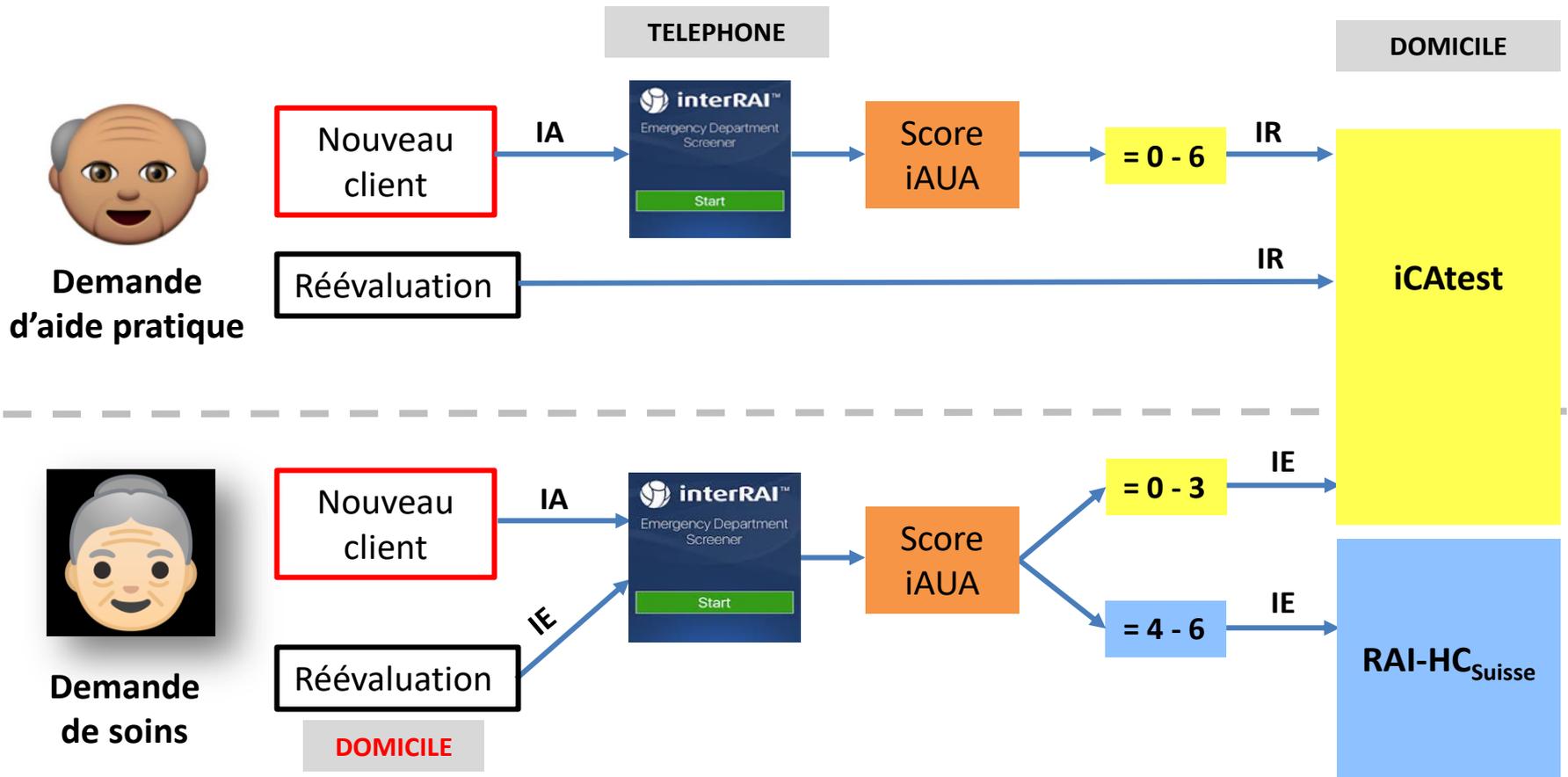
Objectifs du pilote

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

Objectifs de l'évaluation

- Examiner quel instrument semble approprié pour quel profil de client des CMS
- Examiner l'adéquation de la démarche, et des outils, de l'avis des professionnels

PILOTE coRAI AVASAD : Parcours des clients



Professionnels formés:

infirmiers/infirmières analystes (IA), référent-e-s (IR), évaluateurs/évaluatrices RAI (IE)

PILOTE coRAI AVASAD : Déroulement

Périmètre :

- 6 CMS
- nombre limité de collaborateurs (IR/IE) formés



IAUA

UTILISATION (AU TÉLÉPHONE)
CHEZ 1211 NOUVEAUX CLIENTS ENTRE MI FÉVRIER ET FIN NOVEMBRE

Poursuite en vue
du déploiement

ICATEST

Introduction
retardée
de 2 mois

UTILISATION (A DOMICILE)
- CHEZ 118 CLIENTS AVEC «AIDE»
ET
- CHEZ 144 CLIENTS AVEC «SOINS» (IAUA<4)

Poursuite en
vue du
déploiement

PILOTE coRAI AVASAD : Evaluation

TRIM 1

TRIM 2

TRIM 3

TRIM 4

2018

IAUA

UTILISATION (PAR TÉLÉPHONE)
CHEZ NOUVEAUX CLIENTS/MI-FÉVRIER → FIN NOVEMBRE

ICATEST

UTILISATION (A DOMICILE)
- CHEZ CLIENTS AVEC «AIDE»
ET
- CHEZ CLIENTS AVEC «SOINS»
SI IAUA < 4

IUMSP:
COLLECTE DE
DONNÉES
AUPRÈS DES
PROFESSIONNELS

IUMSP:
ANALYSES
BILAN
RAPPORT

BILAN

FINALISATION
OUTIL ICA
SEUIL POUR
ICA EN
FONCTION DU
SCORE IAUA

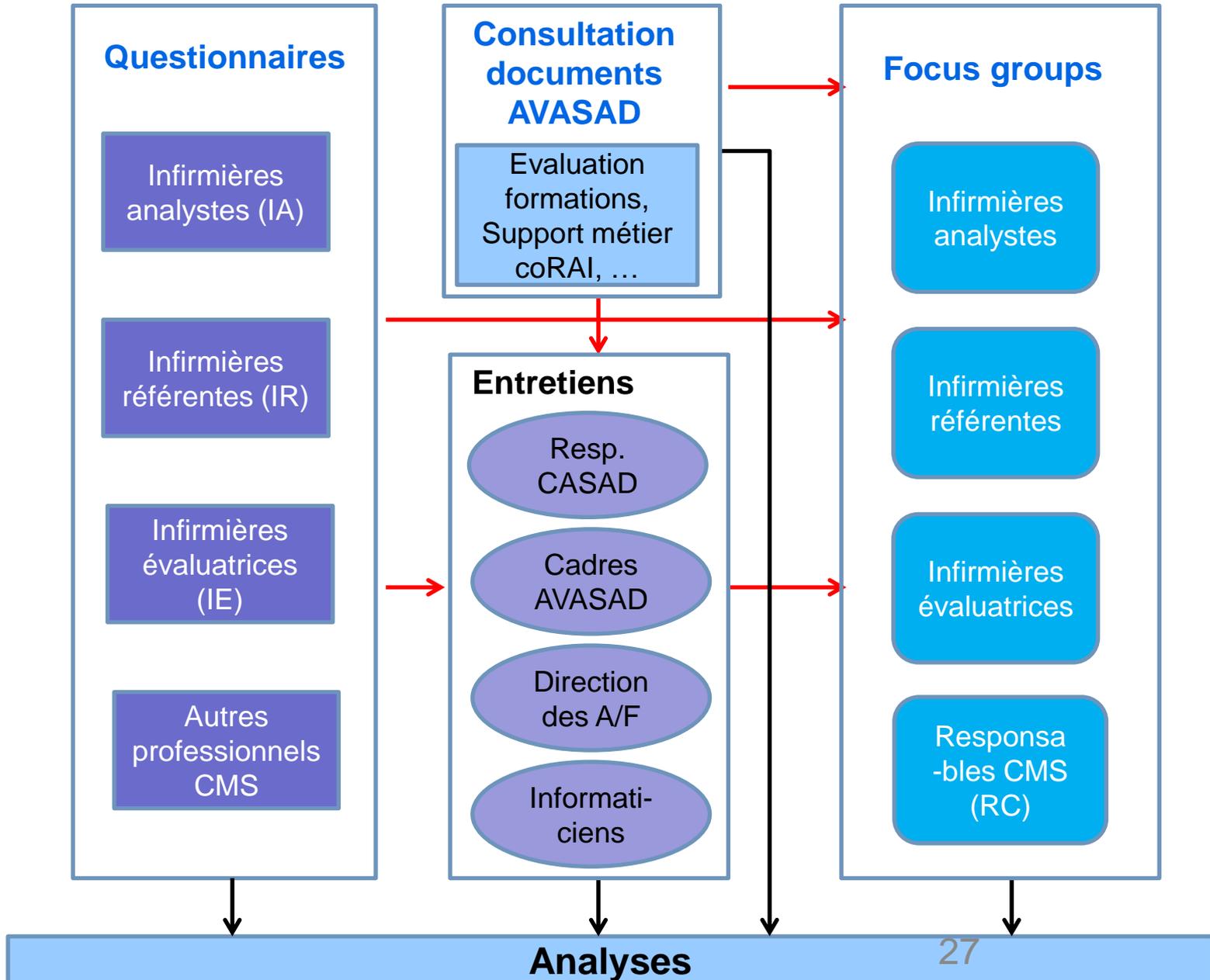
BILAN MISE
EN OEUVRE

**NOTE: TRANSMISSION DE DONNEES «PROFIL DES CLIENTS», ANONYMISÉES, DE L'AVASAD À L'IUMSP
EN FIN DE PILOTE: EN COURS**

Consultation des professionnels: Questions d'évaluation

- La formation est-elle adaptée aux besoins (aspects théoriques et pratiques/quantité/type/qualité) ?
- L'iEDscreener est-il adapté à la population-cible (contenu, plus-value, adéquation du score) ?
- L'iCAtest est-il adapté à la population-cible (pertinence du contenu (items), utilité des alarmes et des échelles), apport clinique) ?
- Le logiciel est-il adapté aux besoins (aspects techniques, convivialité, modules, etc.) ?
- Quel est leur avis sur le projet-pilote (démarche, organisation,...) ?

Consultation des professionnels: méthodes



Consultation des professionnels

Excellente participation/volonté de partager

- aux questionnaires auprès des infirmiers/infirmières référent-e-s (12/13) et évaluateurs/évaluatrices (8/9)
- aux focus groups et entretiens
- collaboration étroite des équipes de projet SSP et AVASAD

Limites

- petits effectifs
- éléments subjectifs
- nombre d'évaluations par professionnel parfois restreint

Evaluation de la formation

1. Evaluation de la forme (iEDscreener et iCA)

Satisfaction pour : durée et chronologie des contenus, nombre de participants et temps entre les séances, gestion du groupe et des échanges

- Formation avant la période des vacances d'été
- Formateurs: délais courts (finalisation et appropriation formation)

2. Evaluation du contenu de la formation à l'iEDscreener (IA ; IE)

Outil jugé simple à prendre en main (contenu et fonctionnement)
→ à l'aise après 6 utilisations environ

Formation jugée insuffisante pour intégrer l'iEDscreener dans la pratique des IA, notamment :

« *recueillir les informations/interroger le client* »

« *mener simultanément l'entretien et le codage* »

Evaluation de la formation

3. Evaluation du contenu de la formation à l'iCAtest (IR et IE)

Formation au contenu de l'iCAtest, au codage, à l'utilisation du manuel et du logiciel jugée adéquate

Séances de consolidation de la pratique/accompagnement individuel appréciées

Satisfaction élevée vis-à-vis du support métier coRAI (utilisé par la plupart des IR/IE, entre 1-4 fois) et disponibilité de l'équipe de projet AVASAD

Préparation jugée insuffisante à :

- l'analyse des échelles et des alarmes de l'iCAtest
- l'utilisation des résultats pour l'analyse de la situation et le partage avec le client (*IR*)
- la compréhension du lien entre les items, le rapport de résultats et le support d'analyse

Evaluation de l'iEDscreener

Contenu et intégration dans la pratique

Réponses difficiles à obtenir (5/8 IA): *pas toujours de contact direct avec client, questions intrusives pour un 1^{er} contact (ex: moral; aussi relevé par IE et IR), outil parfois disproportionné*

Outil non intégré au système informatisé des IA

Temps pour compléter les questions estimé entre 2 et 5 minutes

Plus-value potentielle

Avant comme après le pilote, la moitié des IA voit une plus-value à l'utilisation de l'iEDscreener (*mais pas par elles*)

Adéquation du score

Le score reflète assez bien le résultat de l'analyse de la demande pour la plupart des clients (majorité des IA),

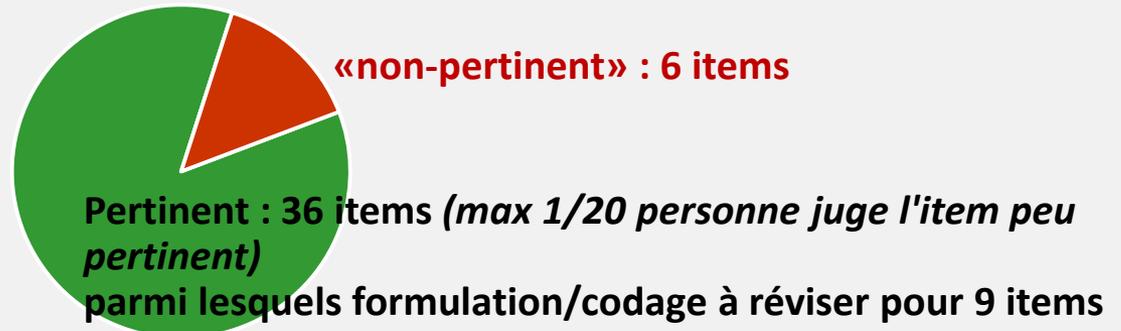
MAIS

Lors de visite de l'IR/IE → constat « assez fréquent » d'un décalage entre score et situation du client (*état de santé dégradé ou amélioré dans l'intervalle, score basé sur informations erronées/indisponibles ?*)

Evaluation de l'iCAtest

Globalement : outil pertinent, mais plus long qu'attendu et souhaité
(temps d'évaluation «nécessaire» 60 min (30-90) selon situation)

Contenu: Items



Raisons mentionnées:

- redondance, notamment avec données du système informatisé de l'AVASAD (infos administratives, soins, traitements)
- concerne peu les clients en demande d'aide

Quelques items «manquent»: diagnostics/médicaments/incontinence/...

Majorité des alarmes (6/8) et échelles (6/7) de l'iCAtest considérées comme **pertinentes** par les IR et les IE (*mais pas vraiment utilisées durant le pilote...*)

→ Souhait d'un outil modulable (évaluation de certains domaines plus en détail déclenchée par item «filtre»)

Evaluation de l'iCAtest

Apport clinique

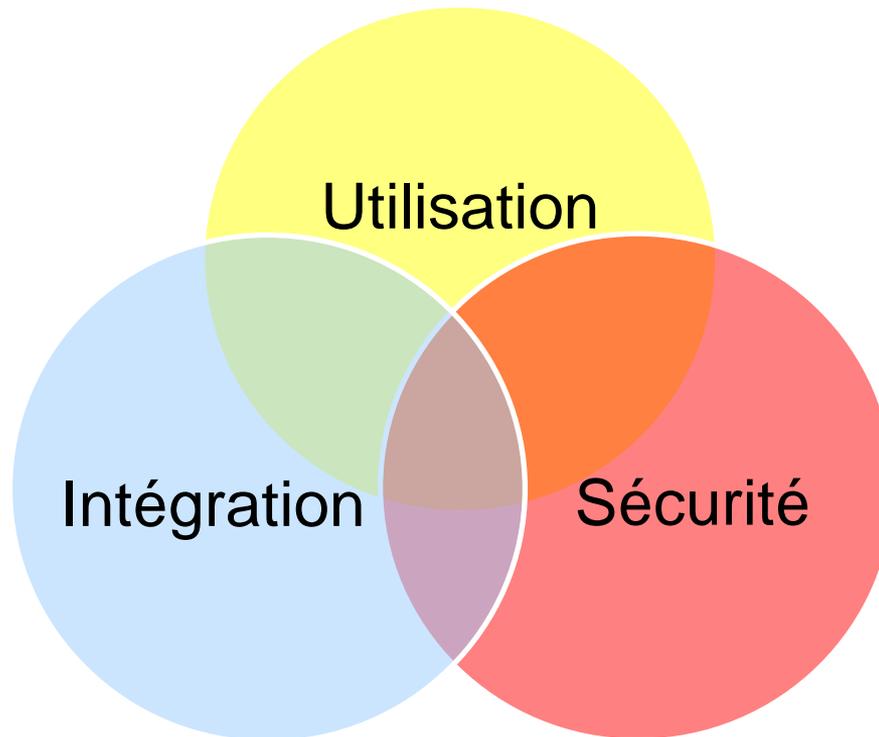
IR: Identification de ressources, besoins ou problèmes → domaine médical, fonctionnel, psychologique/cognitif, social, financier,...

IE: sentiment de sous-détection de besoins ou problèmes → gestion des médicaments, incontinence; ressenti comme problématique lorsque le choix de l'outil iCAtest repose sur un score jugé inadéquat p.r. situation du client.

Partage des résultats avec client/collègues souhaité et assez fréquent, mais limité par formation jugée insuffisante à leur interprétation et manque de temps dédié (IR)

Evaluation du logiciel et des besoins informatiques

Quel est l'avis des professionnels qui utilisent l'interRAI Contact Assessment et des informaticiens ?



Evaluation du logiciel et des besoins informatiques

| Utilisation | + | - |
|-----------------|--|--|
| Convivialité | Prise en main et navigation faciles | |
| Fonctionnement | Enregistrement automatique Suivi de progression automatique Saisie de commentaires sans restriction de longueur Remplissage dans le désordre possible | Utilisation hors connexion pas possible durant le pilote Contrainte de devoir coder l'item (risque=valeur inexacte) pour y mettre un commentaire Devoir valider pour passer plus loin |
| Fonctionnalités | Manuel intégré au logiciel Rapport de résultats adaptable Fonction d'analyse de groupe (profil des client) | <i>Difficulté à faire le lien entre le rapport de résultats et le codage des items</i> |

Evaluation du logiciel et des besoins informatiques

| Intégration | + | - |
|-------------|------------------------|--|
| | Compatibilité interRAI | Intégration avec Medlink nécessaire (→ interface/synchronisation) <i>Accès au logiciel avec identifiants spécifiques</i> |

| Sécurité | |
|----------|--|
| Accès | Verrouillage des évaluations (+/-) Périmètre de chaque utilisateur à délimiter |
| Stockage | Selon modalités (ex: cloud) → réglementation européenne Traçabilité des évaluations |

Evaluation de la démarche : avis des professionnels

- A priori assez positif quant à une démarche systématique d'évaluation des clients en demande d'aide → *principe d'équité de traitement*
- ✓ IA, professionnels «non-infirmiers»
- ✓ IR plus mitigées sur le recours à un outil standardisé
- A priori assez positif quant à l'utilisation d'un outil plus court pour l'évaluation de certains clients avec demande de soins → *principe de proportionnalité*
- ✓ RC et IA
- ✓ IE : notamment pour les ré-évaluations

Evaluation de l'organisation: avis des professionnels

■ **Analystes:**

- 1^{er} contact par téléphone → inapproprié pour effectuer l'iEDscreener

■ **Référent-e-s:**

- surcharge de travail: s'ajoute au suivi de leurs clients
- la plupart souhaiteraient évaluer (seulement) leurs clients
- mais 1 CMS a un poste d'IR adapté à l'évaluation des clients en demande d'aide, avec vision préventive

■ **Evaluateurs-évaluatrices:**

- souhait de pouvoir choisir leur outil d'évaluation (pilote: choix basé sur le score issu d'une évaluation faite par autrui)
- iCAtest: apprécié pour les ré-évaluations

Evaluation de l'organisation:

Qui devrait évaluer les clients en demande d'aide pratique ?

■ Avis des infirmiers/infirmières référent-e-s:

- la moitié pense que ces évaluations pourraient être effectuées par les professionnels non-infirmiers (en tous cas ergothérapeutes), le suivi du client par la personne qui l'évalue semble l'élément prépondérant

■ Avis des professionnels non-infirmiers:

- plutôt positifs quant au fait que ces évaluations soient réalisées par des infirmiers, mais la plupart envisagerait de les effectuer si formation (ergothérapeutes > assistant-e-s social-e-s (AS))

■ Globalement (y compris avis des RC, ...):

- moins opportun de confier ces évaluations aux AS (formation hors domaine médical; dotation limitée; concentrer leurs compétences sur situations avec problématique sociale spécifique)

Recommandations en vue du déploiement :

FORMATION

- construire sur les formations existantes
- renforcer les aspects:
 - intégration des outils iEDscreener/iCA dans la pratique
 - lien avec jugement et compétences cliniques, prévention
- prévoir du temps pour l'appropriation
- maintenir les interventions de suivi et la qualité du support métier
- mieux informer/former les professionnels des CMS qui n'utilisent pas directement les nouveaux outils

Recommandations en vue du déploiement :

EVALUATIONS iEDscreener

- modifier les pratiques pour l'intégrer à l'analyse de la demande ou à une autre étape du processus d'évaluation
- examiner l'adéquation du score et du seuil <4 pour l'utilisation de l'iCAtest chez les clients en demande de soins (en cours...)

EVALUATIONS iCA

- raccourcir (supprimer certains items redondants/peu pertinents pour la population-cible, simplifier certaines options de codage)
- garantir compatibilité interRAI et production des échelles de performance cognitive et des AVQ
- travailler à l'intégration des résultats dans l'élaboration du plan de soins, y compris les aspects liés à la prévention

Recommandations en vue du déploiement :

BESOINS INFORMATIQUES

- travailler sur l'intégration avec les systèmes en place
- assurer la possibilité d'utilisation hors connexion
- garantir la sécurité des données

ORGANISATION

- favoriser l'évaluation par le professionnel référent du client
- examiner la faisabilité de confier les évaluations des clients en demande d'aide aux référents non-infirmiers
- revoir les processus, cahier des tâches, et dotations en fonction des choix retenus
- prévoir du temps et des moyens pour la mise en place d'une culture commune autour des nouveaux outils et processus

Écouter les professionnels sur le terrain et bien communiquer !

MERCI à tous les professionnels qui ont participé à l'évaluation !

SUITE : rapports de résultats de l'IUMSP au SSP

- Rapport «consultation des professionnels»; début mai
- Rapport complémentaire «profil des clients»; fin juillet

→ Préparation du déploiement par les groupes de travail de l'AVASAD



IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

EVALUATION IUMSP PILOTE EMS

Evaluation IUMSP du projet pilote coRAI EMS (long séjour)

Jérôme Debons, PhD

Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) –
Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique (CEESAN) –
Lausanne.

Colloque coRAI

23 avril 2018

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Objectifs du pilote et de l'évaluation

1. Examiner **la faisabilité** de la démarche interRAI dans les EMS et documenter sa mise en œuvre
 - Comment la démarche interRAI est-elle mise en œuvre dans les EMS ?
 - Les moyens mis en place (ressources, formation, logiciel) sont-ils adaptés ?
2. Examiner **l'apport clinique** de la démarche interRAI et son acceptabilité pour les professionnels des EMS
 - Quelle est la place de la démarche interRAI dans la décision clinique ?
 - Quelle est la plus-value apportée par l'utilisation de la démarche interRAI pour les différents professionnels ?
3. Examiner **les conditions d'implémentation** de la démarche interRAI dans les EMS vaudois
 - Quels sont les facteurs (par exemple individuels, organisationnels, financiers, contextuels) qui facilitent ou entravent l'utilisation de la démarche durant le pilote ?
 - Quelles optimisations devraient être apportées notamment à la démarche (dans les limites permises par la politique d'interRAI) et à la formation proposée ?

Design méthodologique

- Etude basée sur des méthodes mixtes :
 - quantitatives
 - qualitatives
- Données produites pendant *et* en fin de pilote
 - questionnaires sur la formation (janv. 2018)
 - tableaux de bord (nov. 2017-avril 2018)
 - études de cas (janv.-avril)
 - données RAlsoft par EMS (janv.-avril)
 - questionnaires en fin de pilote (mai-juin)
 - focus groupes (juin-juillet)
- Analyses par triangulation des données

POINT D'AVANCEMENT

Questionnaires sur la formation

- Pour rappel, la formation comprend
 - 4 modules en collectif
 - 1 module de coaching individuel
 - 1 suivi de colloque interprofessionnel
- Questionnaire en ligne, par module, adressé le 15/01 aux 33 participants
 - 23 réponses reçues au 15/02
 - analyses descriptives à réaliser

Tableaux de bord

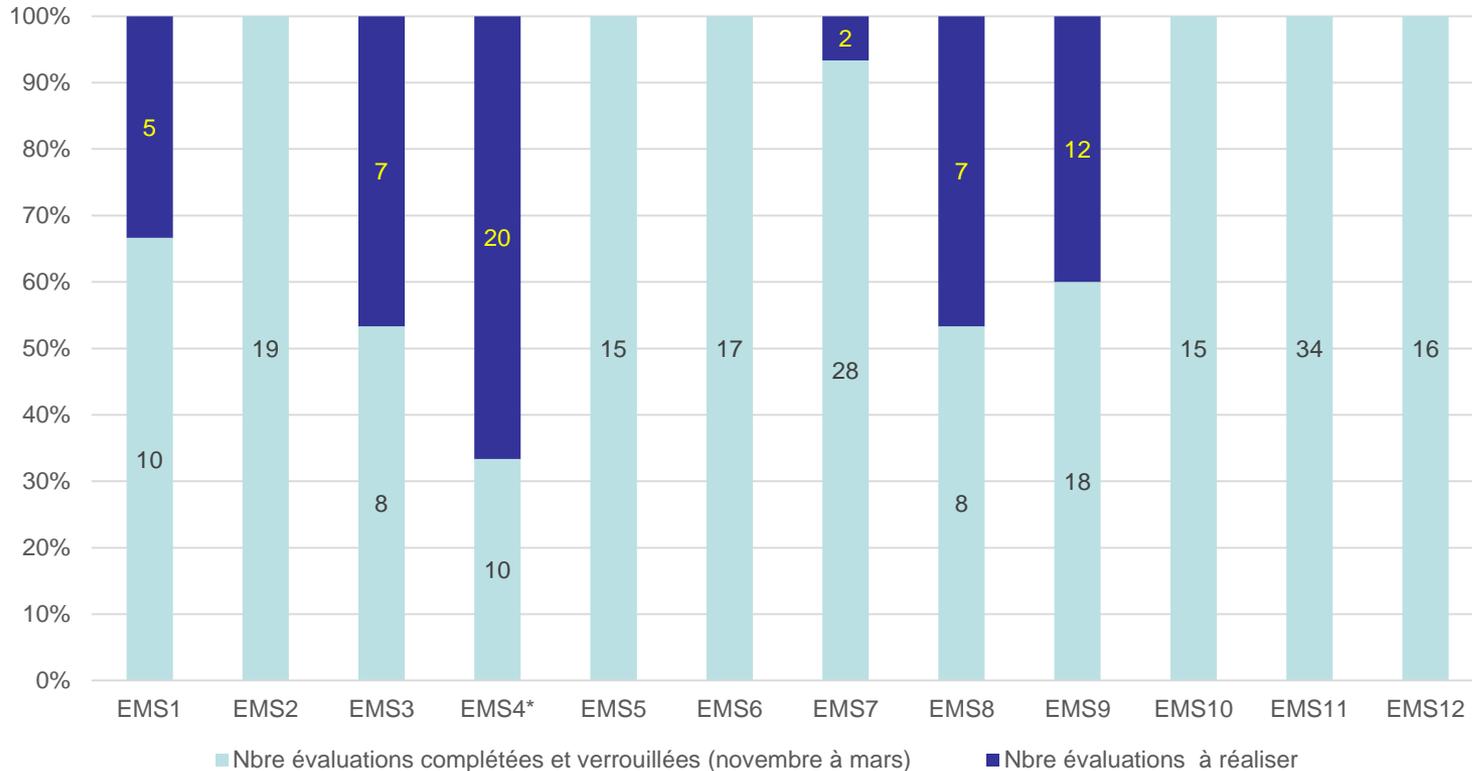
- Objectifs poursuivis:
 - évaluer le nombre d'évaluations réalisées par EMS
 - estimer le temps moyen dans les différentes étapes de la démarche iLTCF
 - évaluer les apports/difficultés ou effets positifs/négatifs de la démarche iLTCF
- Questionnaires en ligne remplis mensuellement par les infirmier-ère-s coordinateur-trice-s depuis janvier 2018
 - 4 tableaux de bord remplis jusqu'à présent (nov-déc./ jan./ févr./ mars)

Nombre d'évaluations réalisées

- Cible en début de pilote : **240**
- Nombre d'évaluations verrouillées au 30/03: **198**

Etat d'avancement des évaluations par EMS à la fin mars 2018

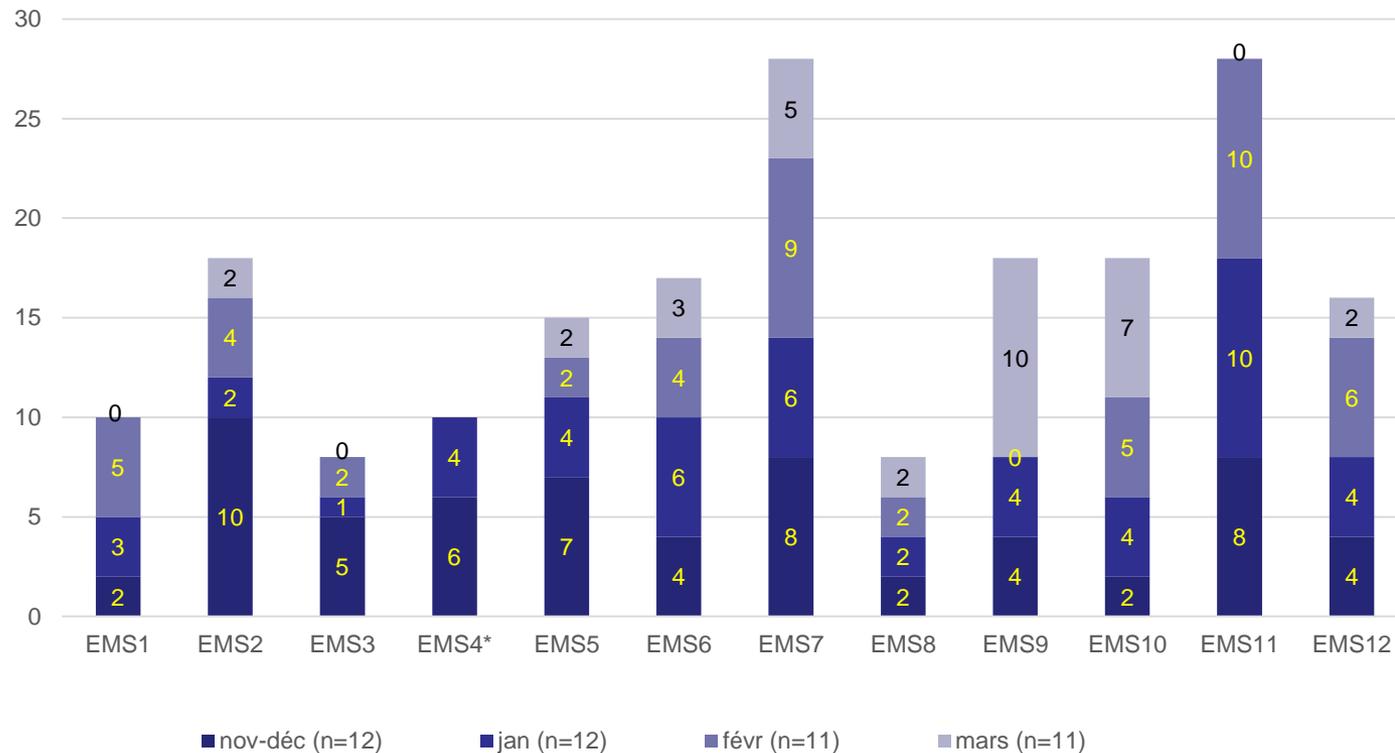
(N.B. Un objectif de 15 évaluations au min. par évaluateur était fixé dans le cahier des charges)



Nombre d'évaluations verrouillées: 198

Etat d'avancement des évaluations par EMS à la fin mars 2018

(N.B. Un objectif de 15 évaluations au min. par évaluateur était fixé dans le cahier des charges)



Nombre d'évaluations restantes: **42**

Etudes de cas

- 2 études de cas en cours + ouverture sur un 3^e EMS
 - observations par présence in situ (13 jours)
 - suivi de colloques d'accompagnement (n=8)
 - analyse de situations évaluées avec plans de soins (n=10)
 - documentation interne (DIR, PA...)
- Grille d'observation portant sur :
 - l'organisation du travail
 - les différentes phases de l'évaluation iLTCF et les difficultés ressenties
 - la perception des professionnels sur l'évaluation iLTCF

Résultats préliminaires

- Le **nombre** d'évaluations visé est en voie d'être atteint
- La **durée** nécessaire aux évaluations semble diminuer avec l'expérience (facteur d'apprentissage)
- L'outil iLTCF est jugé globalement **positif**
 - évaluation gériatrique très complète, bonne vision globale du résident et des facteurs de risque
 - apport important au niveau des plans de soins et du travail par objectifs
 - confirmation du regard clinique, facteur de réassurance
 - outil permettant d'objectiver le diagnostic infirmier
- Quelques **difficultés** sont ressenties dans:
 - la recherche d'informations
 - la nature de certaines questions
 - le temps consacré pour chaque évaluation

Prochaines étapes

- A l'issue du pilote, les participants seront invités à
 - remplir un questionnaire de fin de pilote (fin mai)
 - participer à un focus groupes (fin juin)
- Analyse des données par triangulation
- Rapport prévu pour la fin de l'année

Remerciements

- Equipes au sein des EMS
- Andreina et Camille
- Nathalie Wellens et Mauro Mayer

PILOTE EMS

ACCOMPAGNEMENT TERRAIN



Accompagnement terrain

Andreina D'Onofrio, coordinatrice clinique du projet
Camille Angelo Aglione, chef de projet

Colloque coRAI, 23 avril 2018

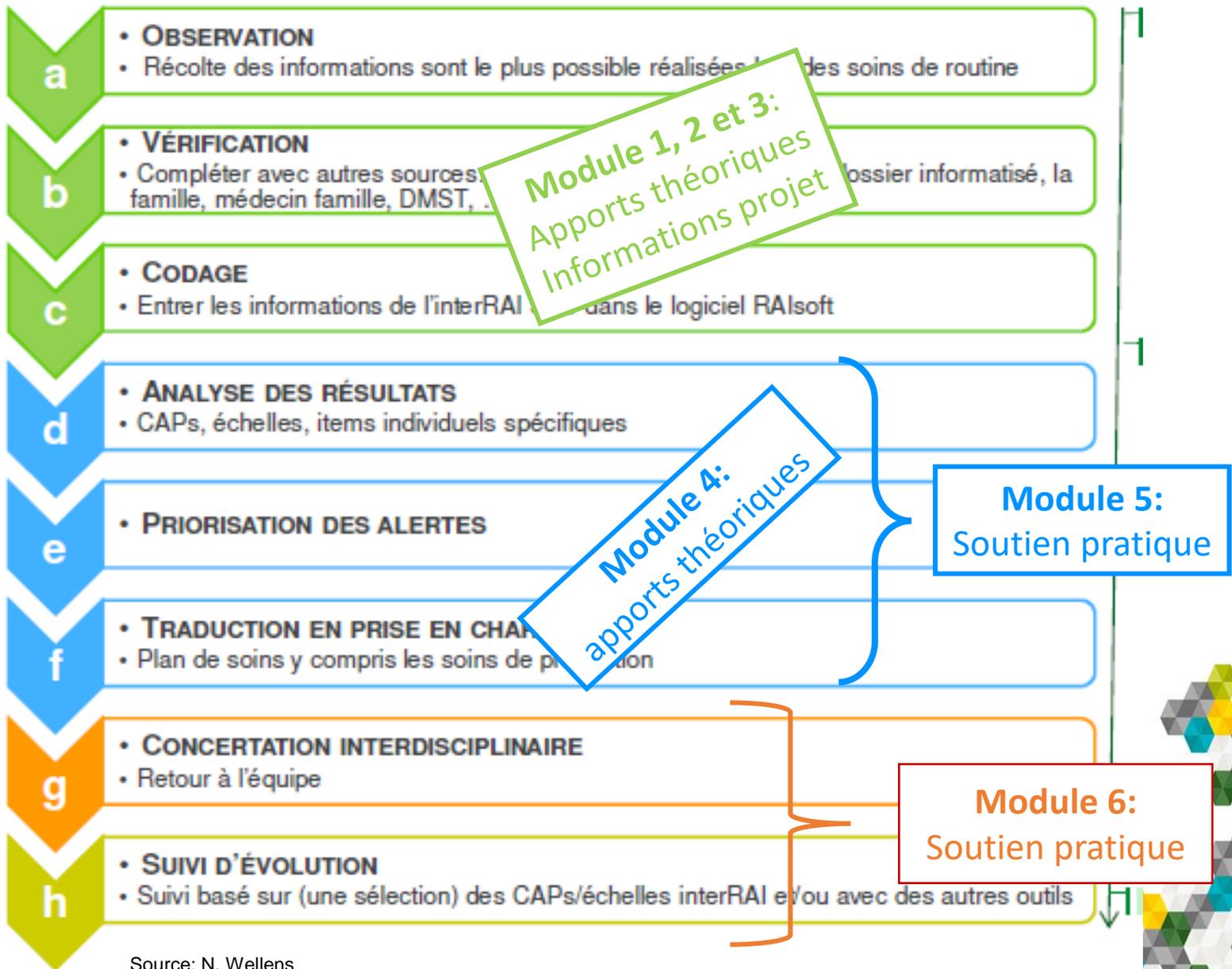


Plan

- Dispositif de formation
- Objectifs du soutien pratique
- Implications organisationnelles
- Soutien pratique: repères



Démarche interRAI soins de longue durée (iSLD)



Soutien pratique



Soutien des évaluateurs (Module 5)

- Répondre aux questions sur le codage, les raisons du déclenchement d'un CAPs.
- Rappeler certaines conditions de mise en œuvre de la démarche interRAI soins de longue durée (iSLD).
- Aider à l'interprétation et utilisation des résultats iSLD.

Soutien lors des colloque interprofessionnel (Module 6)

- Observer l'intégration des résultats dans le colloque d'accompagnement.
- Aider à l'intégration des résultats.

Implications organisationnelles



- Entretien \approx 2 h. avec les évaluateurs de chaque EMS.
 - *Prérequis : envoyer, deux semaines avant le rendez-vous, les résultats de l'évaluations iSLD de 2 résidents*
- Planifier 1 colloque interprofessionnel dans chaque EMS un peu plus long pour introduire coordinatrice (15 à 30 min)

Soutien pratique: repères



- Evaluation iSLD permet de repérer (parfois de dépister) les principaux syndromes gériatriques, elle n'a pas de visée de diagnostic médical ou infirmier.
- Evaluation iSLD récente pour optimiser la fiabilité des résultats.
- Les scores des échelles donnent une photo de l'état fonctionnel.
- Les alertes (CAPs) objectivent des problèmes possibles de santé, un risque de déclin ou un potentiel d'amélioration.
- Valider et hiérarchiser en équipe interprofessionnelle les CAPs.
- Créer un plan d'accompagnement (objectifs, actions, date réévaluation).

| CAPs | Repérés | Non Repérés |
|----------------------|--|---|
| Equipe Connus | GRAND JOUR | FACE CACHEE (ou faux négatifs) |
| Inconnus | ZONE AVEUGLE (ou faux positifs) | INCONNU |



Merci pour votre écoute

corai@avdems.ch

QUESTIONS ?



DSO-Soarian

Introduction des items interRAI dans le dossier de soins du CHUV

23 avril 2018

Julie Dussault

Responsable projets soins et système d'information



Plan

- Contexte
- Mise en place – AVQ échelle hiérarchique (11.2017)
- Statistiques (12.2017, 01-02.2018)
- Visuel

Contexte

Evaluation des dépendances, acquise dès la mise en place du dossier de soins (07.2014)

- 9 dépendances / 6 formulaires
- documentées à l'entrée
- réévaluées en cours de séjour

Novembre 2017

- Suppression des dépendances dans les différents formulaires et concentration dans un seul, qui est documenté à l'entrée et réévalué en cours de séjour

Avril 2018

- Déploiement de la version 3 du dossier de soins
- Intégration des éléments de l'échelle de cognition

Suite des travaux

- Evolution des formulaires liés aux processus d'entrée et de sortie → DMST
- Cible de mise en place fin 2018-début 2019

Depuis novembre 2017

Soins de base - Dépendances et objectifs du patient 17.04.2018 x

Heure de saisie 11:11

Saisi par Julie Dussault, Madame

DEPENDANCES

| | |
|--|---|
| S'alimenter, boire | 0. Indépendance |
| Bain, douche | 1. Indépendance avec aide pour la préparation seulement |
| Hygiène personnelle (bain / douche exclus) | 2. Supervision |
| S'habiller et se déshabiller (haut du corps) | 3. Aide limitée |
| S'habiller et se déshabiller (bas du corps) | 4. Aide considérable |
| Marcher | 5. Aide maximale |
| Déplacement à l'intérieur sur le même étage (à pied ou avec chaise roulante) | 6. Dépendance totale |
| Transfert (lit-fauteuil-debout) | 8. L'activité n'a pas eu lieu au cours de la période |
| Utilisation des toilettes | |
| Continence urinaire | |
| Continence fécale | |
| Gestion des médicaments | |

0. Aucune aide physique, préparation ou supervision n'est requise au cours de chacune des occurrences
1. Une fois l'objet ou le dispositif placé à portée de main, aucune aide physique ou supervision n'est requise au cours de chacune des occurrences
2. Surveillance ou indications requises
3. Aide physique pour guider les mouvements des membres ou aide sans soutien du poids
4. Aide d'un seul aidant requise pour soutenir le poids (y compris les membres), mais la personne effectue 50% ou plus de l'activité
5. Aide d'un seul aidant requise pour soutenir le poids (y compris les membres), OU aide requise au soutien du poids de l'activité
6. Aide requise à toutes les occurrences effectuée par d'autres personnes au cours de toutes les occurrences
7. Aide requise à toutes les occurrences effectuée par d'autres personnes au cours de toutes les occurrences
8. L'activité n'a pas eu lieu au cours de la période

S'alimenter, boire

Bain, douche

Hygiène personnelle (bain / douche exclus)

S'habiller et se déshabiller (haut du corps)

Comment le client mange et boit (indépendamment de son habileté). Comprend se nourrir par n'importe quel moyen (par exemple : nourriture par sonde, par voie parentérale totale).

Statistiques

| | Décembre 2017 | | Janvier 2018 | | Février 2018 | |
|--|------------------------|-------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| Libellé des champs | Nombre fois documenté | % | Nombre fois documenté | % | Nombre fois documenté | % |
| S'alimenter, boire | 2910 | 54.6% | 5428 | 91.9% | 4985 | 90.9% |
| Hygiène personnelle (bain / douche exclus) | 2828 | 53.0% | 5291 | 89.6% | 4819 | 87.9% |
| Marcher | 2754 | 51.7% | 5184 | 87.8% | 4792 | 87.4% |
| Déplacement à l'intérieur sur le même étage (à pied ou avec chaise roulante) | 2556 | 47.9% | 4883 | 82.7% | 4595 | 83.8% |
| Utilisation des toilettes | 2609 | 48.9% | 4980 | 84.3% | 4751 | 86.6% |
| Gestion des médicaments | 2371 | 44.5% | 4587 | 77.7% | 4331 | 79.0% |
| Mémoire à court terme | déploiement avril 2018 | | | | | |
| Facultés cognitives pour les décisions courantes | déploiement avril 2018 | | | | | |
| Se faire comprendre | déploiement avril 2018 | | | | | |
| Gestion de l'argent (dans le 30 derniers jours) | déploiement avril 2018 | | | | | |
| Nombre de formulaires | 5332 | | 5904 | | 5483 | |
| Nombre d'entrée HOSP* | 39'926 | | 37'148 | | 35'974 | |

* Tous services et toutes durées de séjour confondus

Visuel

Suivi

Infos importantes | Diag. Inf. | **Soins de base** | Soins | Soins - communication | Equipements | Vue de synthèse >>
1

Soins de base (seulement dernières valeurs)

1 Heure | 12.04.2018 13:12-14:11

| | La plus récente | Date/Heure de |
|--------------------------------------|--------------------------------|---------------|
| Dépendances | | |
| S'alimenter, boire | 0. Indépendance | 12.04.2018 |
| Bain, douche | Indépendant (fait seul) | 12.04.2018 |
| Hygiène personnelle | 0. Indépendance | 12.04.2018 |
| S'habiller et se déshabiller (ha ... | Indépendant (fait seul) | 12.04.2018 |
| S'habiller et se déshabiller (ba ... | Indépendant (fait seul) | 12.04.2018 |
| Marcher | 0. Indépendance | 12.04.2018 |
| Déplacement à l'intérieur sur le ... | 0. Indépendance | 12.04.2018 |
| Transfert | Indépendant (fait seul) | 12.04.2018 |
| Mobilité au lit | Indépendant | 15.06.2017 |
| Utilisation des toilettes | 0. Indépendance | 12.04.2018 |
| Dépendance - Incontinence urina ... | oui | 09.12.2016 |
| Continence urinaire | Indépendant (fait seul) | 12.04.2018 |
| Continence fécale | Indépendant (fait seul) | 12.04.2018 |
| Gestion des médicaments | 0. Indépendance | 12.04.2018 |
| Mémoire à court terme | 1. Problème de mémoire | 12.04.2018 |
| Facultés cognitives pour les déc ... | 5. Pas de conscience décelable | 12.04.2018 |
| Se faire comprendre | 0. Est comprise | 12.04.2018 |
| Gestion de l'argent (dans les 30 ... | 0. Indépendance | 12.04.2018 |
| Moyens auxiliaires pour AVQ | | |

Merci!



5ème colloque coRAI

Etat d'avancement au sein des hôpitaux FHV/FHVi

23.04.2018

E. Oliveira Cuendet, Consultante Clinique – Domaine soins

La Fédération des hôpitaux vaudois

Proches... Performants... Humains...

La Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) représente les intérêts de 12 hôpitaux, qui emploient plus de 8'000 collaborateurs et totalisent chaque année plus de 600'000 journées d'hospitalisation. Solidement ancrés au cœur des régions, les hôpitaux membres de la FHV sont des acteurs clés dans l'organisation sanitaire vaudoise.

Leur mission est de garantir un accès aux soins sûrs et de qualité à la population, sur l'ensemble du territoire vaudois.



Juste pour réfléchir...



Systeme d'information ↩

La FHVI (**Fédération des hôpitaux Vaudois Informatique**), anciennement ADIES Association D'Informatique des Etablissements Sanitaires) est une entité créée sous l'égide du SSP Vaud (Service de la Santé Publique), de la FHV (Fédération des Hôpitaux Vaudois) et de l'AVDEMS (association Vaudoise des EMS) en **1985**, dans l'esprit d'une mise en commun des ressources, des compétences et des équipements nécessaires au développement et à l'exploitation du système d'information des hôpitaux régionaux vaudois. L'association reconnue d'utilité publique, à but non lucratif, a été inscrite au Registre du Commerce dès 1985. Son siège se trouve à Prilly sur le site de l'hôpital de Cery.

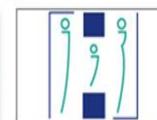
La mission de la FHVI est la suivante :

Elaborer, mettre en œuvre et exploiter le SI des hôpitaux membres, en adéquation avec leurs stratégies de développement et en cohérence avec l'évolution des SI sanitaires (CHUV, eHealth).

Notre vision consiste à :

Etre un partenaire professionnel et fiable, capable de proposer des services de valeur dans tous les domaines du SI. La FHVI développe et opère ces services avec un souci continu d'efficacité et de satisfaction client dans le but permanent de faciliter et d'accroître la performance des métiers de l'hôpital

Notre organisation s'appuie sur **85 collaborateurs** impliqués dans les divers métiers IT, qui nous permettent d'offrir toutes les prestations nécessaires aux utilisateurs du Système d'Information de nos hôpitaux. Le monde hospitalier change et évolue également vers une culture plus numérique. La FHVI est moteur de cette évolution et y contribue. La finalité est de disposer d'une organisation hospitalière sûre et performante pour nos patients.



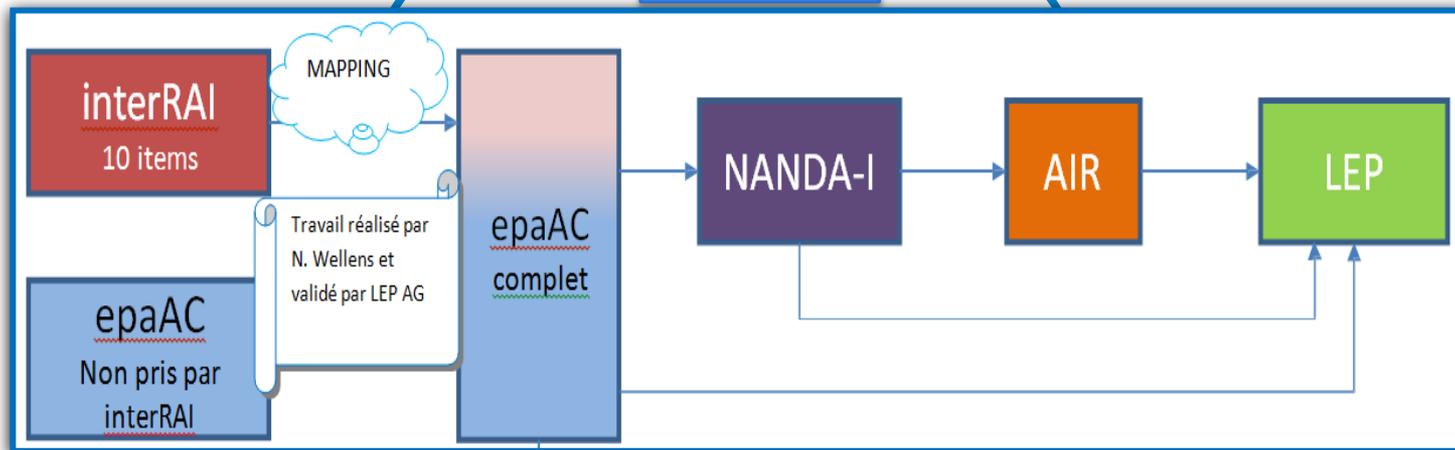
Projet initial à la FHV/FHVi

- Le projet baptisé PROMI (Processus métiers informatisés) consiste à intégrer dans le DPI Soarian un processus de soins complet, unique et normalisé (évaluation, diagnostics, objectifs et réévaluation).
- La démarche informatisée s'adresse à l'ensemble des professionnels soignants œuvrant à une prise en charge pluridisciplinaire et doit fournir les données nécessaires à alimenter l'outil de management pour les gestionnaires (PKSPlus).

Projet FHV /FHVi > Cantonal

L'adéquation et l'effet des mesures de soins sont évalués sur la base de l'état du patient

L'état du patient sert de référence pour la description du problème et/ou le diagnostic des soins



L'état du patient détermine la nécessité et la nature des mesures de soins à prendre

L'état du patient souhaité représente la valeur (l'objectif) à atteindre

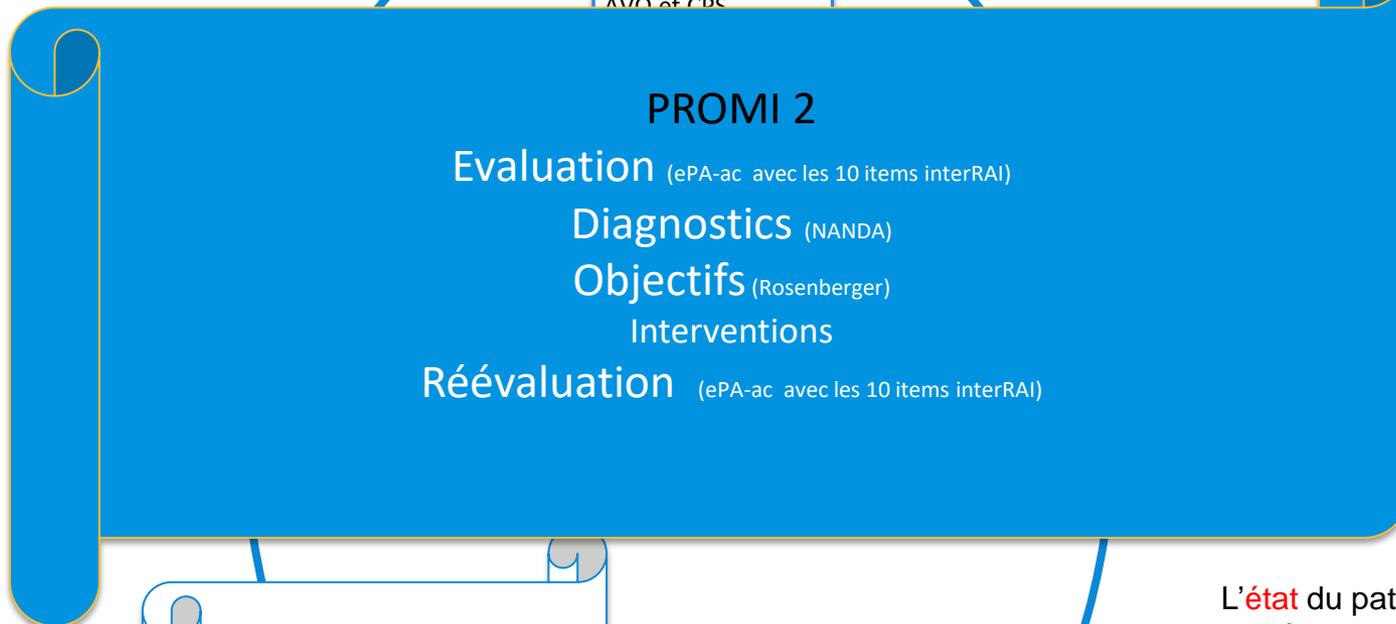
PROMI 1
Interventions LEP3
avec une planification
des soins dans
Soarian



Projet FHV /FHVi > Cantonal

L'adéquation et l'effet des mesures de soins sont évalués sur la base de l'état du patient

L'état du patient sert de référence pour la description du problème et/ou le diagnostic des soins



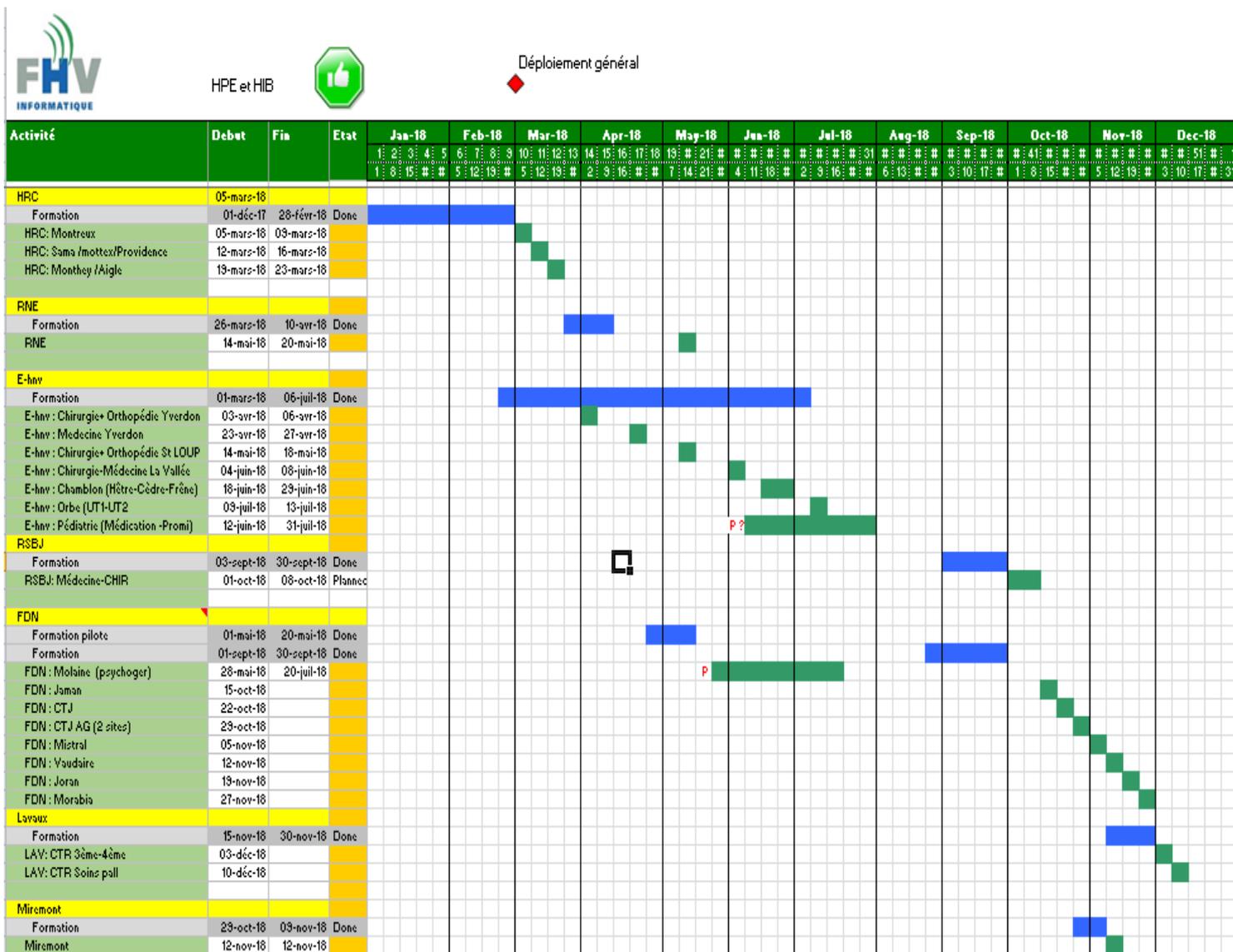
L'état du patient détermine la nécessité et la nature des mesures de soins à prendre

L'état du patient souhaité représente la valeur (l'objectif) à atteindre

PROMI 1
Interventions LEP3
avec une planification
des soins dans
Soarian



Déploiements prévus durant l'année 2018



Tous les hôpitaux- sauf le GHOL, FAA, IdL et EHC

En parallèle.... Et dans un futur proche...

- Mandat à LEP AG pour étude de faisabilité – long travail
 - Intégrer les 10 items interRAI dans ePA-ac
 - Séance le 4 mai 2018 – retour de LEP AG et SSP
- Débuter les travaux avec les hôpitaux- Reprendre le projet initial
 - Délimiter le projet
 - Organiser les formations
- Débuter les réalisations côté technique
 - Tester – Pilote
- Assurer le lien avec le DMST



Plan de déploiement

DMST v3.1

SSP

23 avril 2018

Document medico-social de transmission (DMST)

Les versions

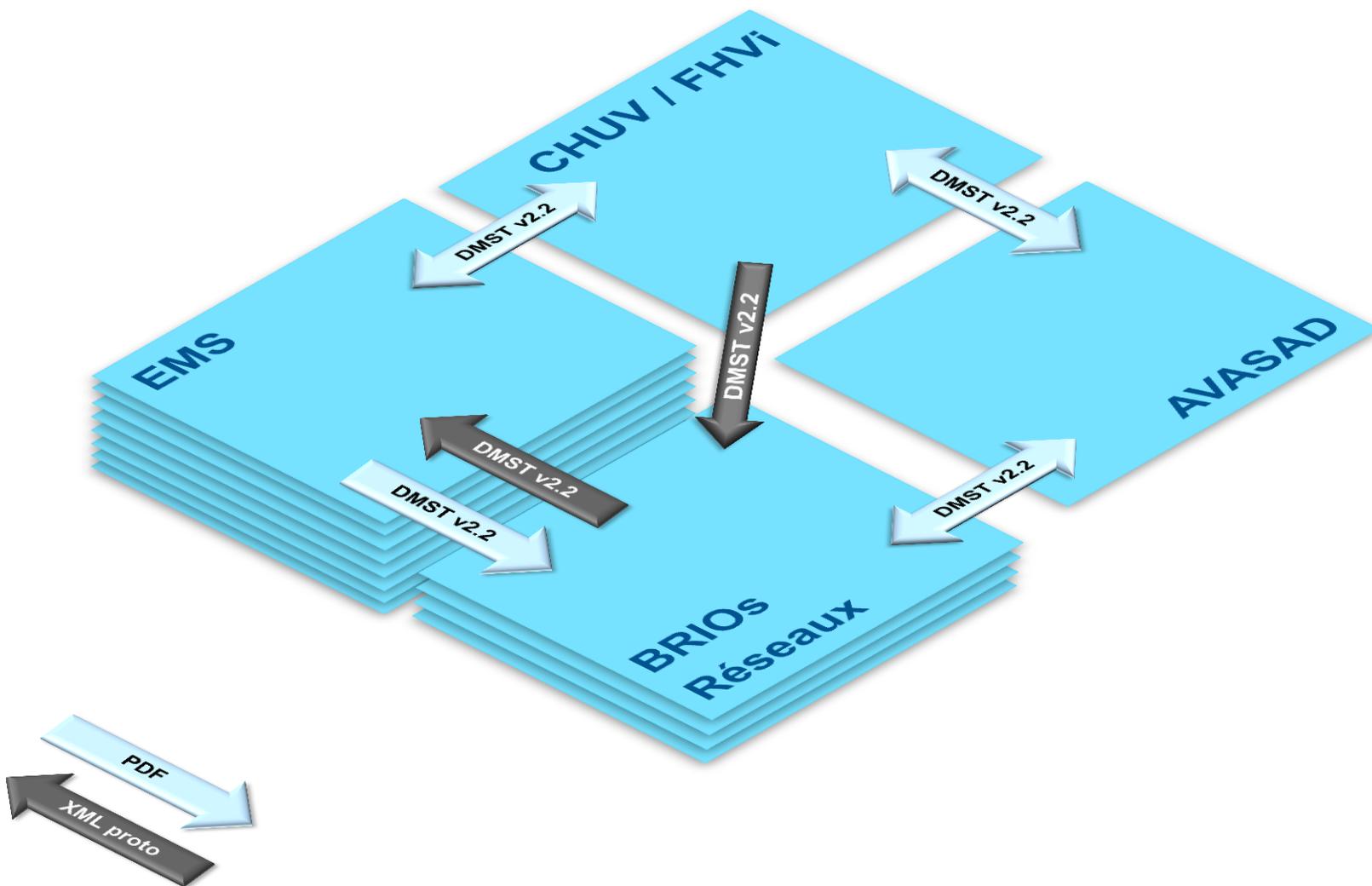
| | | |
|------|------|--|
| v2.0 | 2011 | Version initiale |
| v2.1 | 2013 | Mise en conformité avec la loi sur la protection des données personnelles (LPrD, RSV 172.65) |
| v3.0 | 2016 | N'a jamais été officialisé ou mis en production |
| v2.2 | 2017 | Inclusion données filière psychiatrique dans la v2.1 |
| v3.1 | 2018 | Inclusion interRAI (AVQ & CPS) |

Les formats d'échange

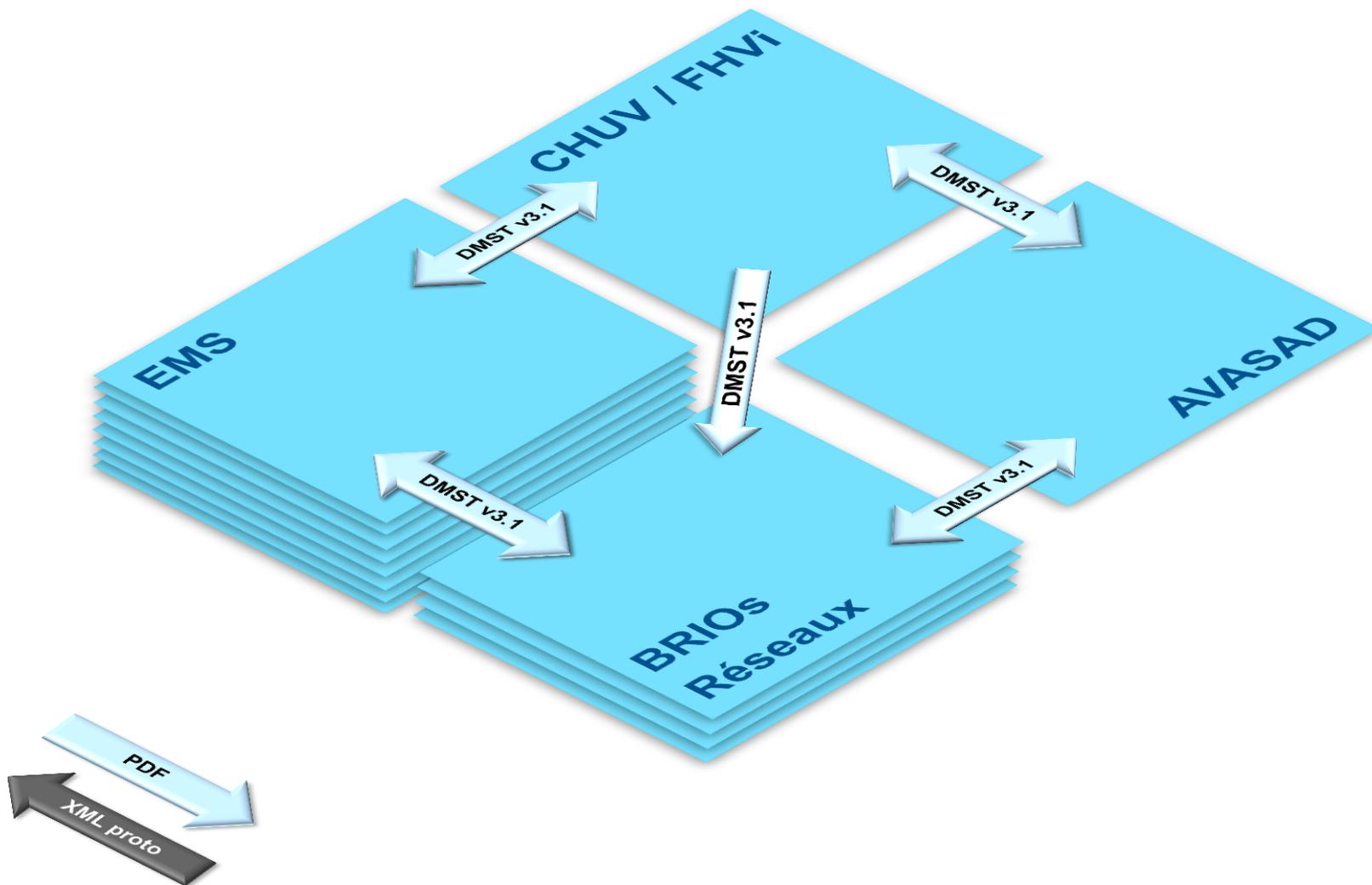
| | |
|-------------|---|
| Manuscrit | |
| PDF | Peut être imprimé, envoyé par courrier, faxé, envoyé par attachement dans un email |
| XML | Données structurées, langage de machine à machine (dossier du patient à dossier du patient dans un autre système d'information) |
| CDA-CH-SMCP | Standard suisse de XML pour le DMST CDA = HL7 Clinical Document Architecture |

La situation actuelle dans le canton de VD

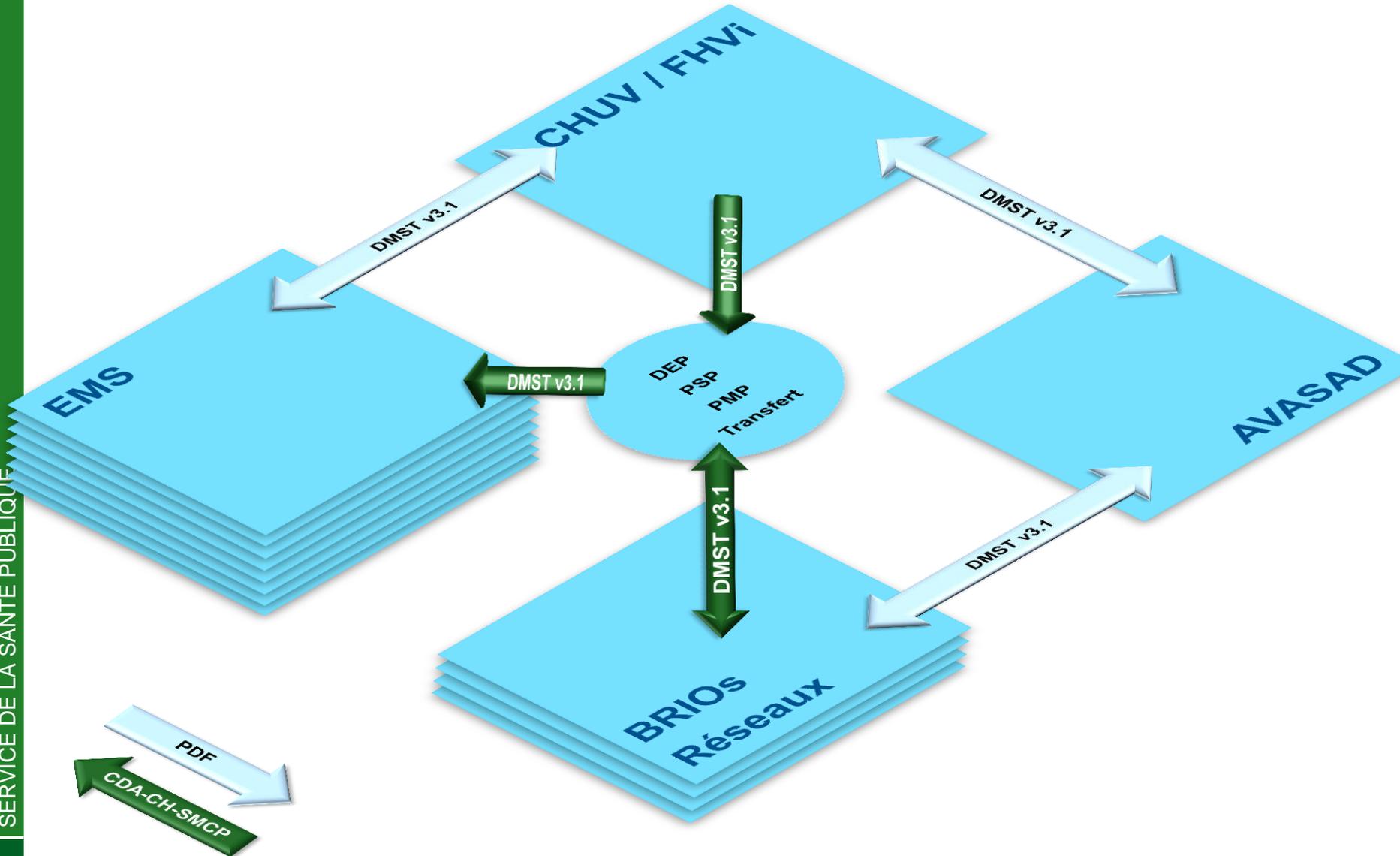
Tout le monde utilise la v2.2 du DMST



Novembre 2018 La chaine XML proto est interrompue, retour au pdf
Février 2019 Introduction du DMST v3.1 en pdf dans toutes les institutions en même temps (big bang)

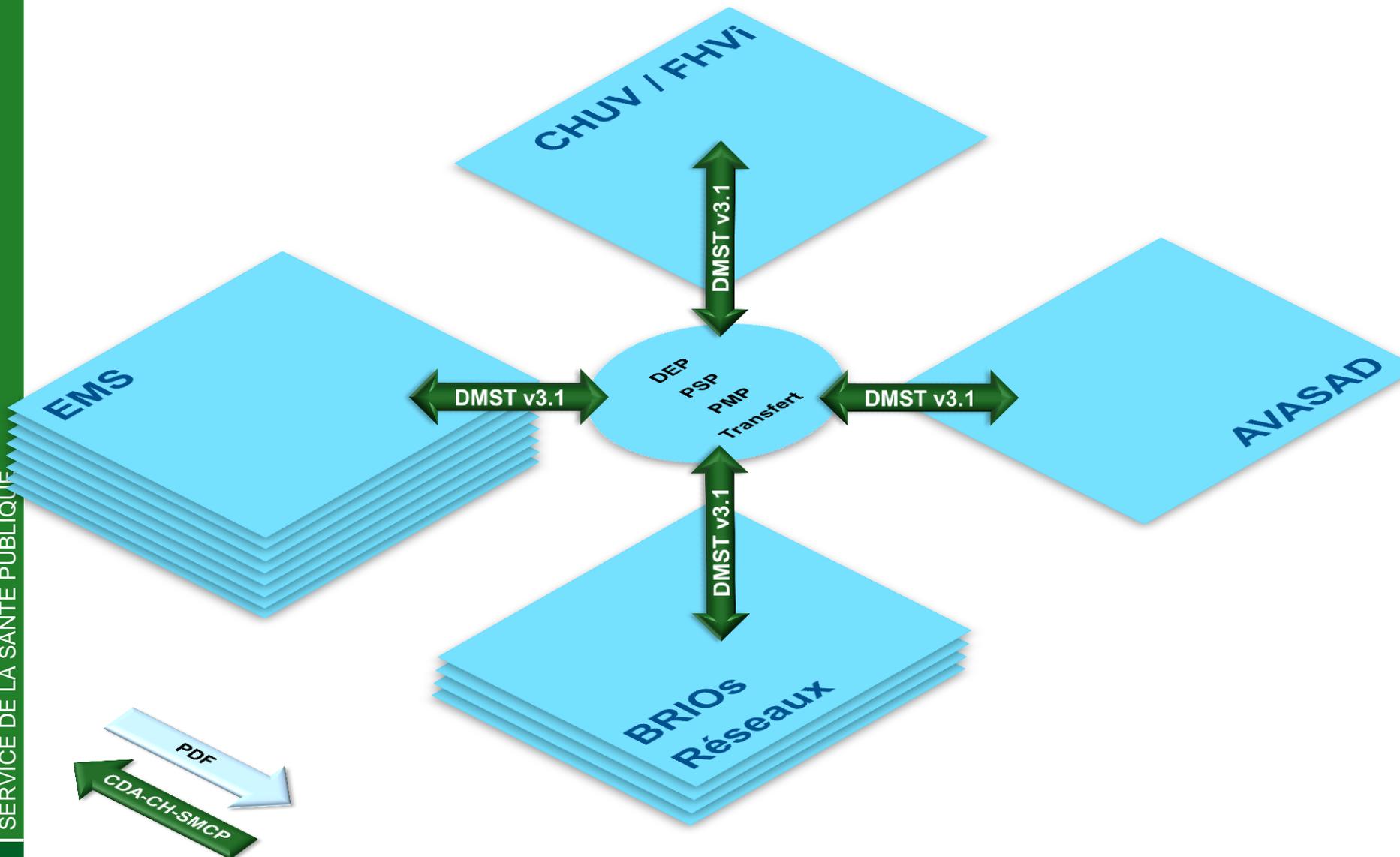


Fév. à juin 2019 : Pilote protocole structuré standard entre CHUV & FHV, BRIOs et EMS via la plateforme cybersanté



Vers le déploiement final ...

Tous les acteurs utilisent la plateforme de cybersanté pour les échanges de DMST v3.1 (envoi / réception) en format structuré



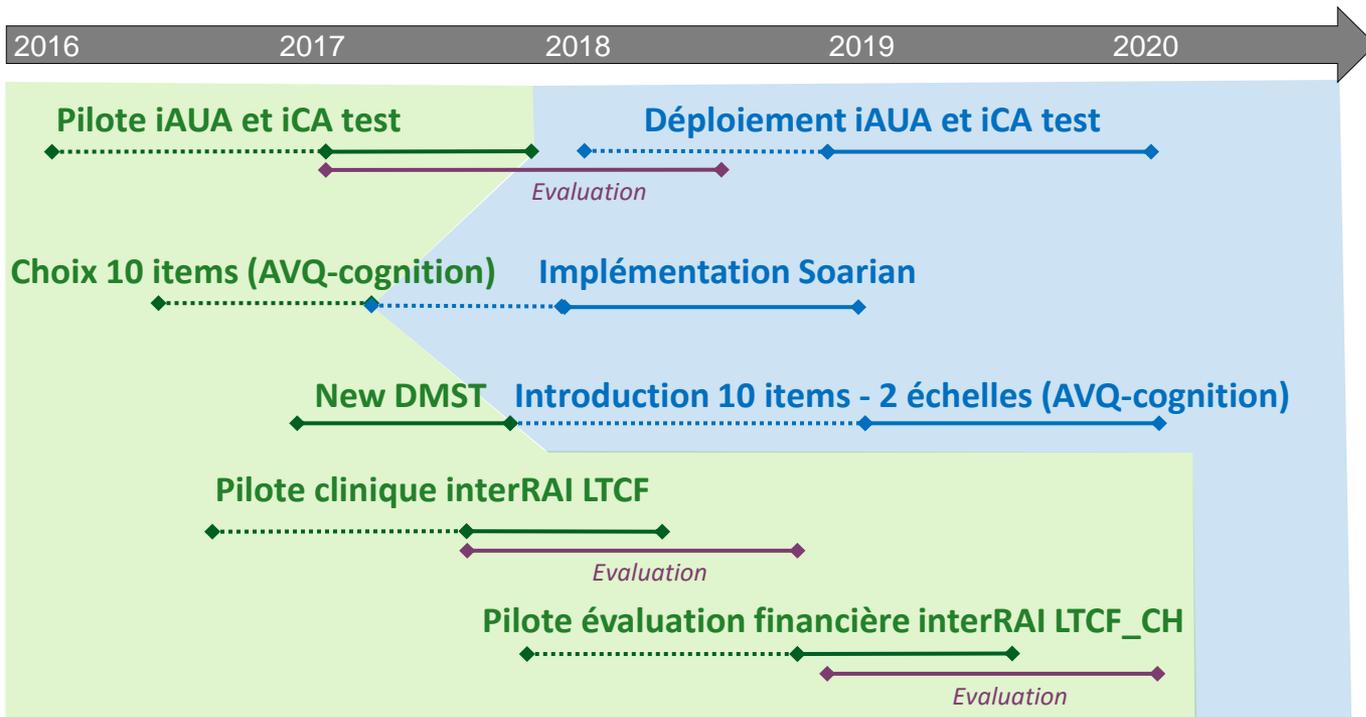
Perspectives SSP

2018-2020

SSP

23 avril 2018

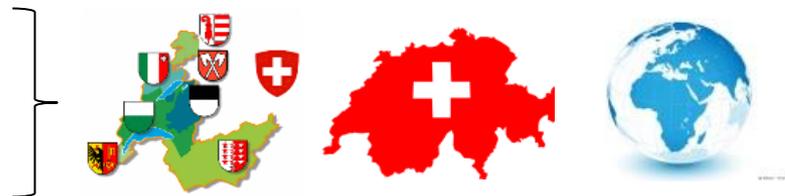
FEUILLE DE ROUTE



- ◆.....◆ Pilote préparation
- ◆——◆ Pilote réalisation
- ◆.....◆ Déploiement préparation
- ◆——◆ Déploiement réalisation

TRAVAIL DE COHÉRENCE EN COURS ET À VENIR

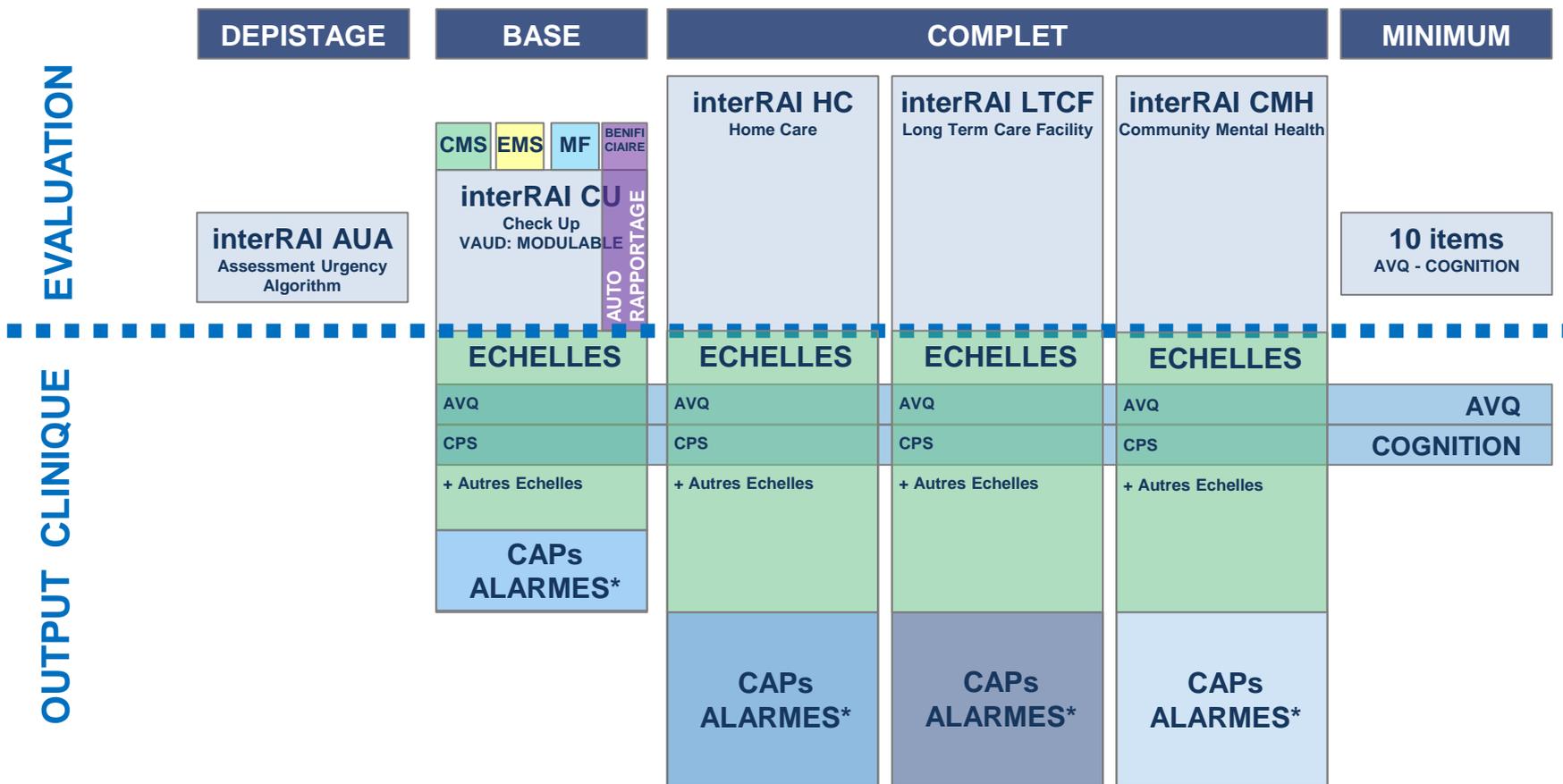
Licence, harmonisation des outils & traduction
 Formation
 Plateforme d'échange des données (DEP)
 Lien avec la communauté interRAI



coRAI

Une coordination des soins renforcée
 grâce à la Suite interRAI

COHÉRENCE DES OUTILS



* Spécifiques à l'outil

QUESTIONS ?

ANALYSES DONNÉES RAI-HC

Présentation d'un travail d'analyse des données vaudoises de
l'outil RAI Home Care (SSP/AVASAD)

Lionel Meylan - SSP

Thierry Barez – AVASAD

Données du MDS RAI-HC_{Suisse} au 31.12.2017

Clientèle CMS année 2017

- ▶ N = 32'833
- ▶ OPAS 7 71%
- ▶ Âge
 - ▶ 0-19 ans 2%
 - ▶ 20-64 ans 26%
 - ▶ 65-79 ans 28%
 - ▶ 80+ ans 44%
- ▶ Sexe
 - ▶ Femmes 65%
 - ▶ Hommes 35%

Base de données*

- ▶ N = 12'387
- ▶ OPAS 7 94%
- ▶ Âge
 - ▶ 0-19 ans 0%
 - ▶ 20-64 ans 8%
 - ▶ 65-79 ans 27%
 - ▶ 80+ ans 65%
- ▶ Sexe
 - ▶ Femmes 65%
 - ▶ Hommes 35%

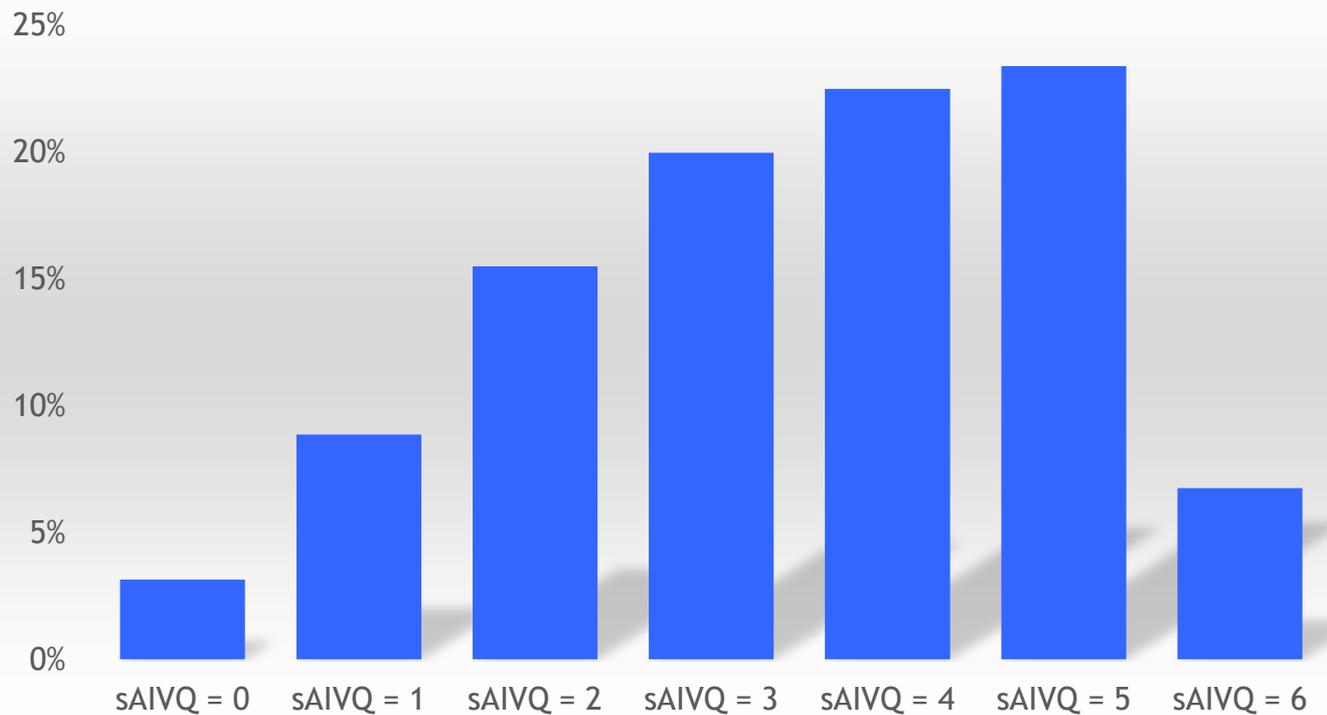
* Dernière évaluation MDS en date au 31.12.2017
par client-e

4 échelles* du MDS RAI-HC_{Suisse}

1. Dépression (DRS)
2. Performance cognitive (CPS)
3. Activités de base de la vie quotidienne (sAVQ)
4. Activités instrumentales de la vie quotidienne (sAIVQ)
 - ▶ Préparation des repas
 - ▶ Ménage courant
 - ▶ Gestion de l'argent
 - ▶ Gestion des médicaments
 - ▶ Usage du téléphone
 - ▶ Faire les courses
 - ▶ Calcul échelle AIVQ (somme des activités pour lesquelles la personne est dépendante)
 - ▶ Valeur minimale de l'échelle : 0 indépendante
 - ▶ Valeur maximale de l'échelle : 6 dépendante pour chaque AIVQ

Échelle des AIVQ du MDS RAI-HC_{Suisse}

■ Répartition des client-e-s (n = 12'387) évalué-e-s au 31.12.2017

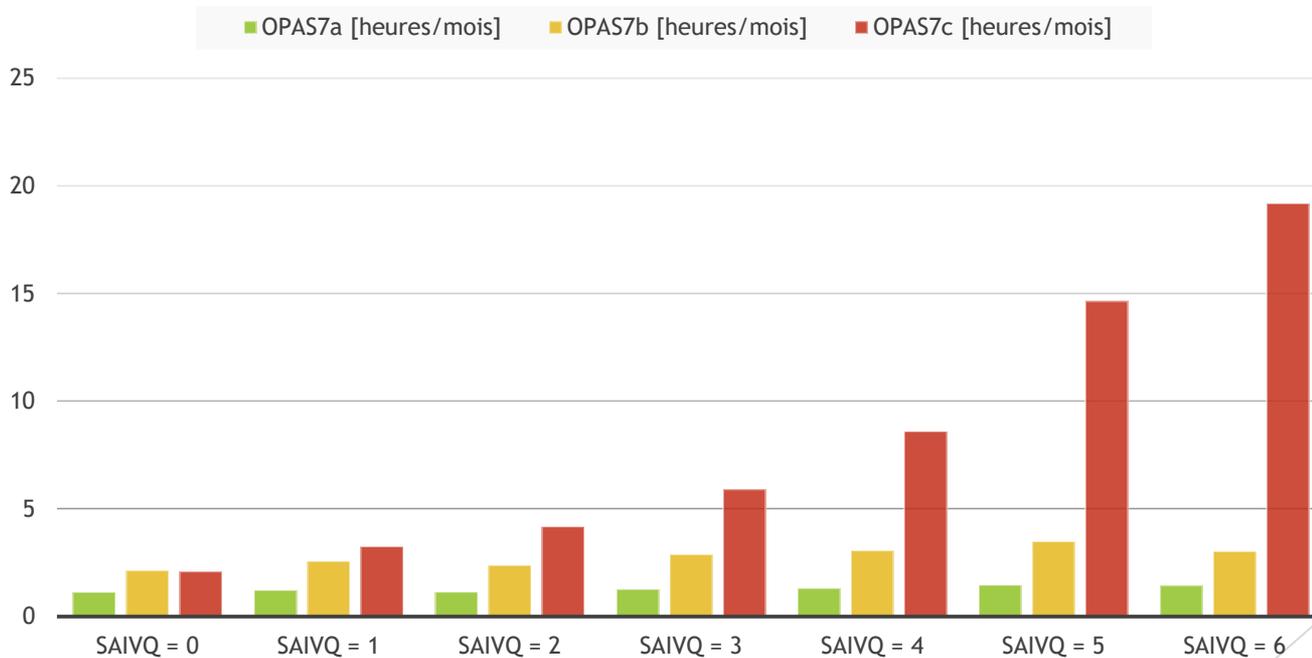


Relations entre AIVQ et OPAS7 a-b-c

- ▶ Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)
 - ▶ Art. 7 Définition des soins
 - ▶ OPAS 7a : l'évaluation, les conseils et la coordination (79 fr. 80 /heure)
 - ▶ OPAS 7b : les examens et les traitements (65 fr. 40 /heure)
 - ▶ OPAS 7c : les soins de base (54 fr. 60 /heure)
 - ▶ Non OPAS 7
 - ▶ Ergothérapie (OPAS 6) ; aide au ménage ; démarches sociales, etc.
- ▶ Aide informelle (relevé dans le MDS du nombre d'heures /semaine)
 - ▶ Uniquement l'aide pour les AVQ (s'habiller, se déplacer, manger, ...), la gestion des médicaments et les soins et traitements. L'aide pour les AIVQ (faire le ménage, les courses les repas, ...) n'est pas comptée.

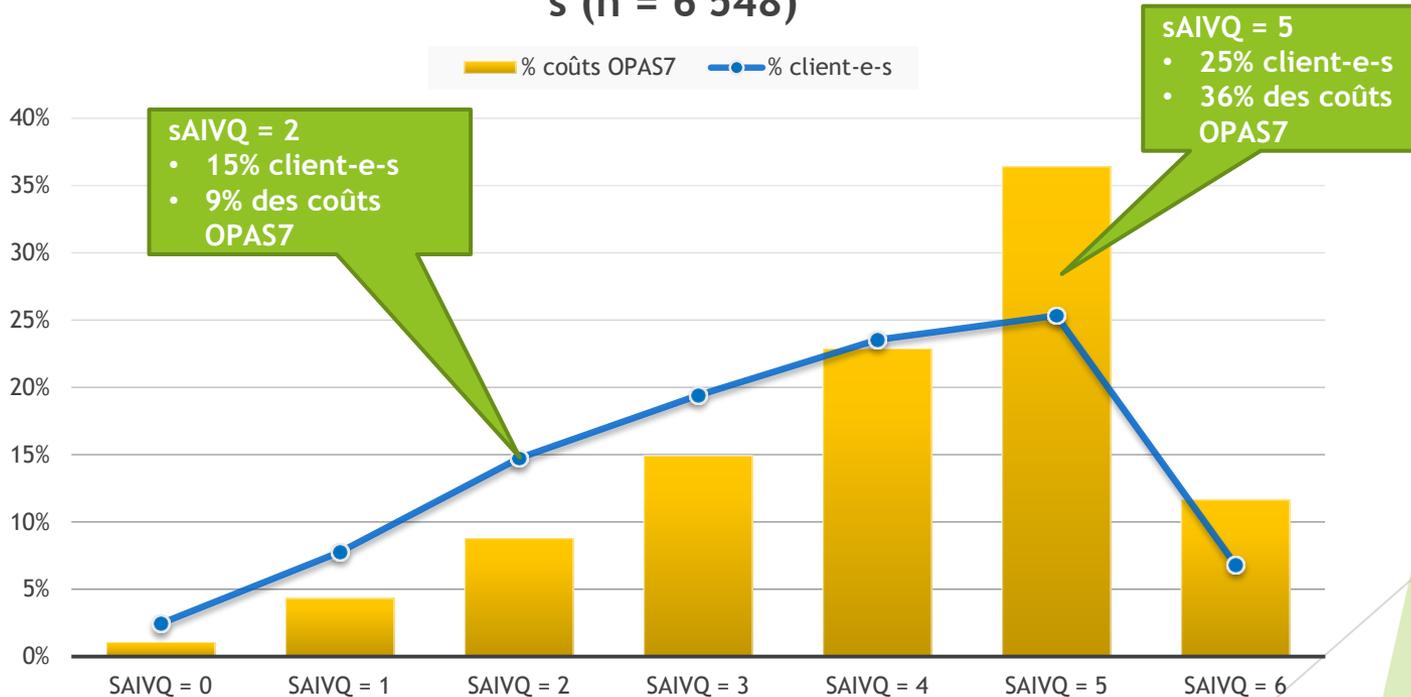
Relations entre AIVQ et OPAS7 a-b-c

Heures /mois (déc.2017) par client-e OPAS 7 évalué-e (n = 6'548)



Relations entre AIVQ et coûts OPAS7

Proportion de coûts OPAS7 (déc.2017) et de client-e-s (n = 6'548)

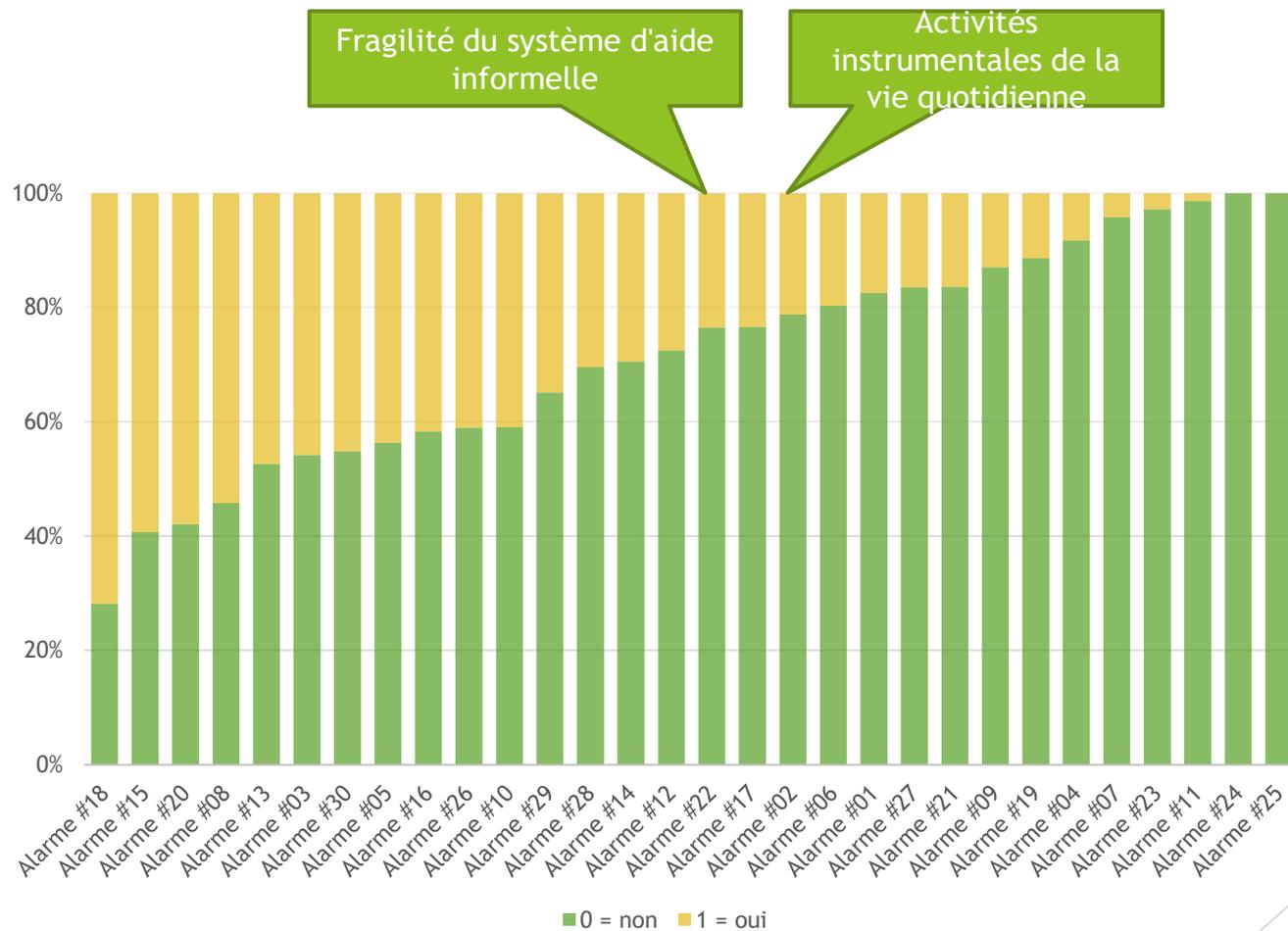


30 alarmes* du MDS RAI- HC_{Suisse}

1. Potentiel de réadaptation
2. Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)
3. Promotion de la santé
4. Risque d'institutionnalisation
5. Troubles de la communication
6. Fonction visuelle
7. Abus d'alcool et dangers liés à l'alcool
8. Cognition
9. Comportement
10. Dépression et anxiété
11. Maltraitance
12. Rôle et fonction sociale
13. Problèmes cardio-respiratoires
14. Déshydratation
15. Chutes
16. Nutrition
17. Santé buccale
18. Douleur
19. Escarres (ulcères de pression)
20. Problèmes de peau et des pieds
21. Adhésion aux traitements
22. Fragilité du système d'aide informelle
23. Gestion des médicaments
24. Soins palliatifs
25. Mesures préventives de santé
26. Médicaments psychotropes
27. Réduction de l'intervention des professionnels
28. Evaluation de l'environnement physique
29. Régulation intestinale
30. Incontinence urinaire et sonde à demeure

* Ne sont les mêmes que celles de la suite interRAI

30 alarmes du MDS RAI-HC_{Suisse}



2: Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

OBJECTIF

Le but de ce GAD est d'identifier les clientes qui présentent une grande **probabilité de répondre positivement** aux interventions visant à restaurer ou améliorer les performances personnelles dans les AIVQ.

SIGNAUX D'ALARME

Une probabilité accrue d'amélioration dans les AIVQ est présente quand les trois conditions suivantes sont remplies:

- La cliente a une certaine indépendance dans la prise de décision..... [B2 = 0-2]

ET

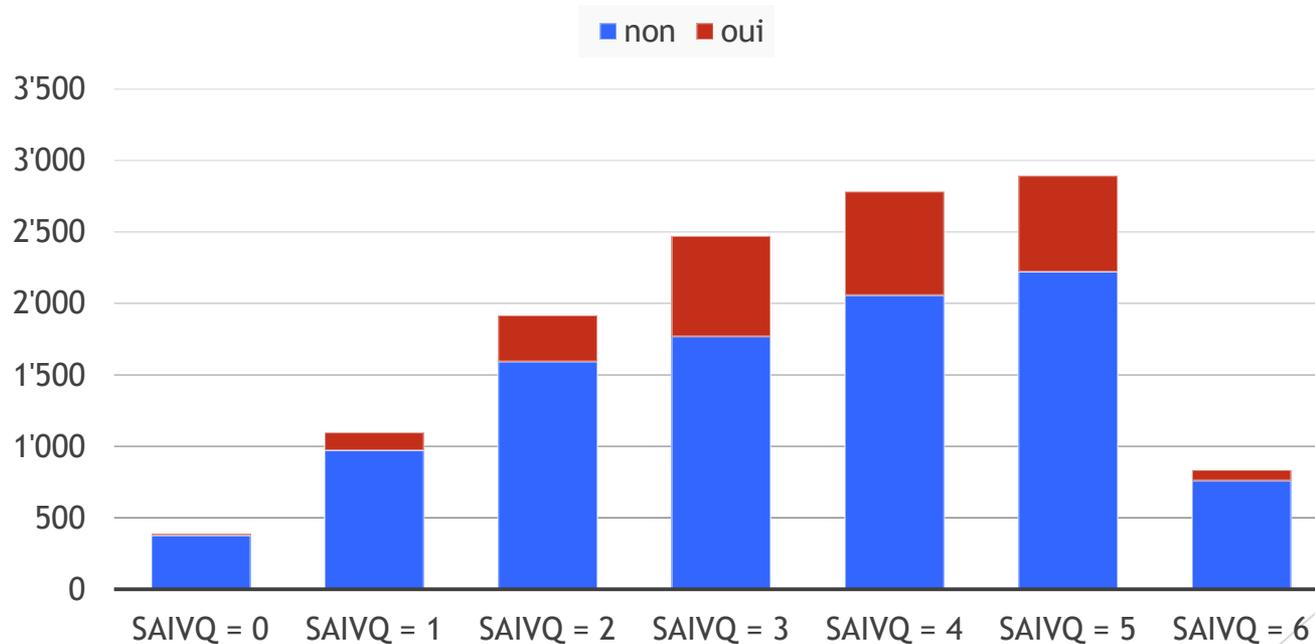
- La cliente et/ou l'aidant professionnel pense(nt) qu'une amélioration de l'état fonctionnel est possible..... [H6a et/ou b = 1]

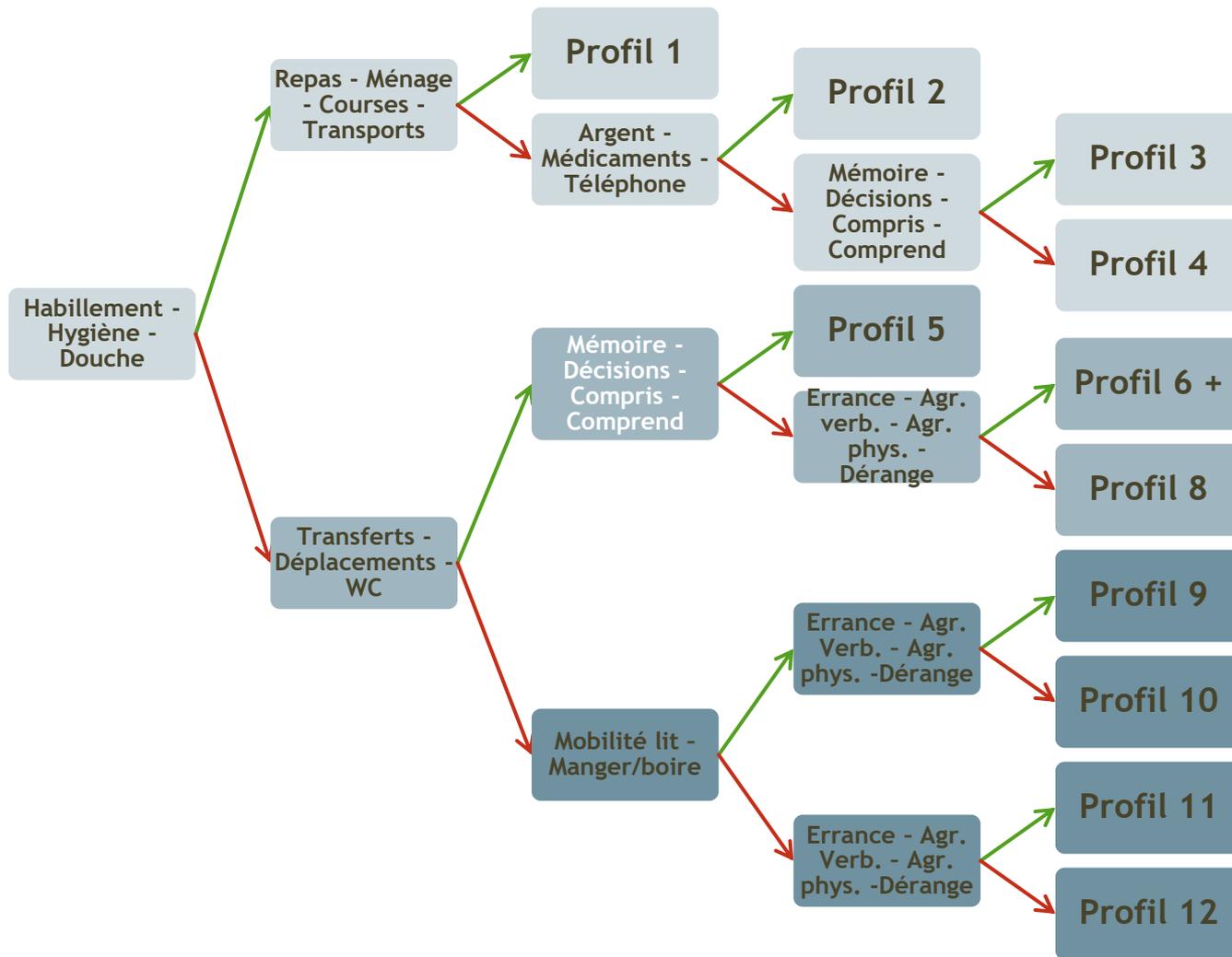
ET présence d'au moins une des situations suivantes:

- N'est pas indépendante pour la préparation des repas [H1a échelle A = 1-4]
- N'est pas indépendante pour utiliser l'argent..... [H1c échelle A = 1-4]
- N'est pas indépendante pour gérer la prise des médicaments..... [H1d échelle A = 1-4]

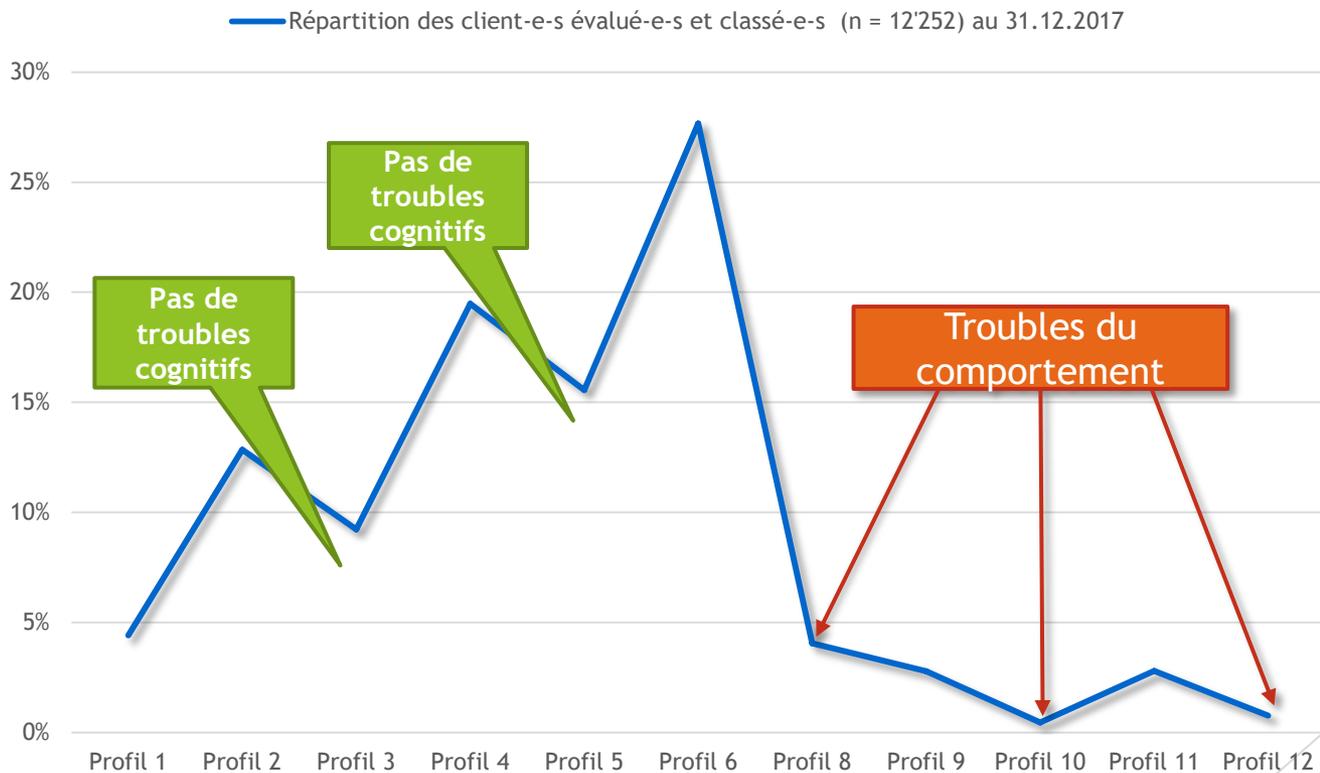
2: Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

Client-e-s avec potentiel d'amélioration pour les AIVQ

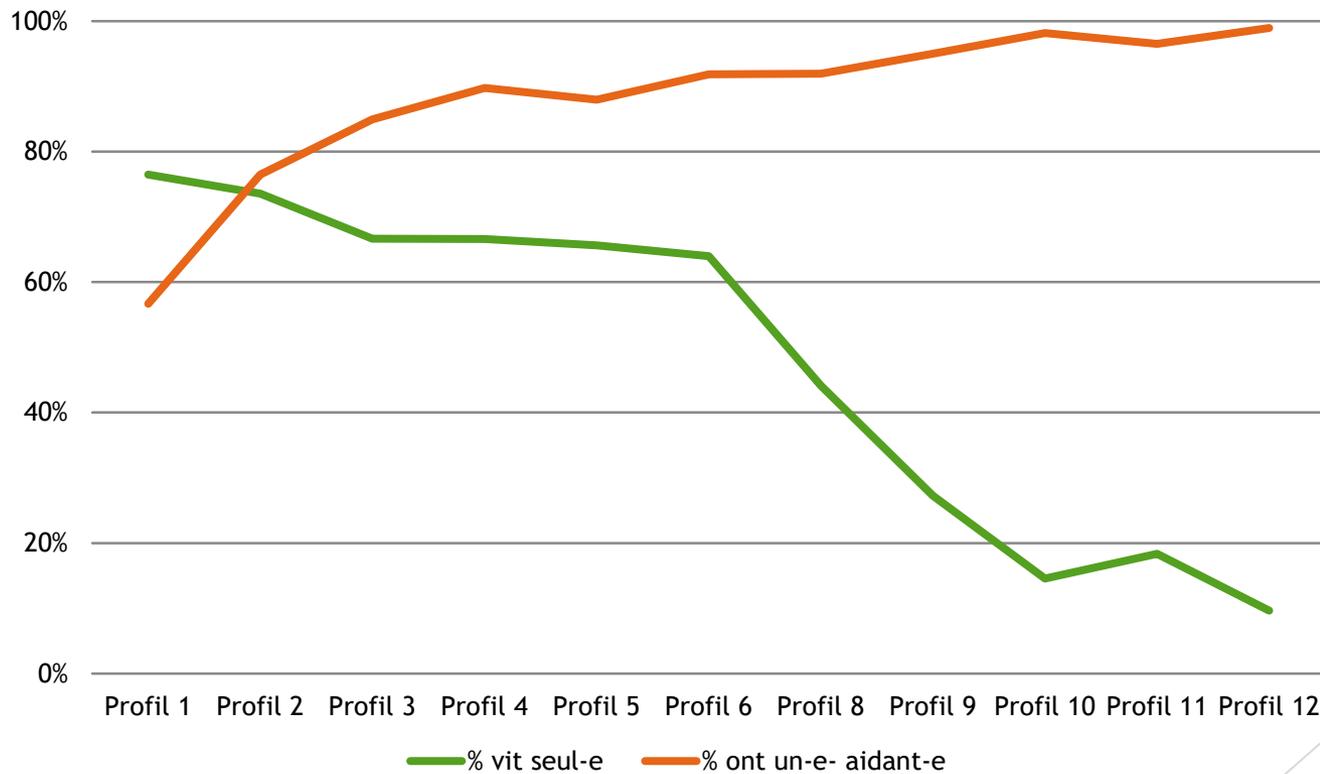




Prévalence des profils de dépendance



Vivre seul-e ≠ Ne pas avoir d'aidant-e-s



22: Fragilité du système d'aide informelle

Un ou plus des éléments suivants

H1a échelle A préparation des repas

H1b échelle A faire le ménage

H1c échelle A gestion de l'argent

H1d échelle A gestion des médicaments

H1e échelle A usage du téléphone

H1f échelle A faire les courses

1, 2, 3, 4, 8

1, 2, 3, 4, 8

1, 2, 3, 4, 8

1, 2, 3, 4, 8

1, 2, 3, 4, 8

1, 2, 3, 4, 8

ET

Un ou plus des éléments suivants

G1 existe-t-il un/des aidant(s)?

G2a le(les) aidant(s) n'est plus en mesure de poursuivre son aide

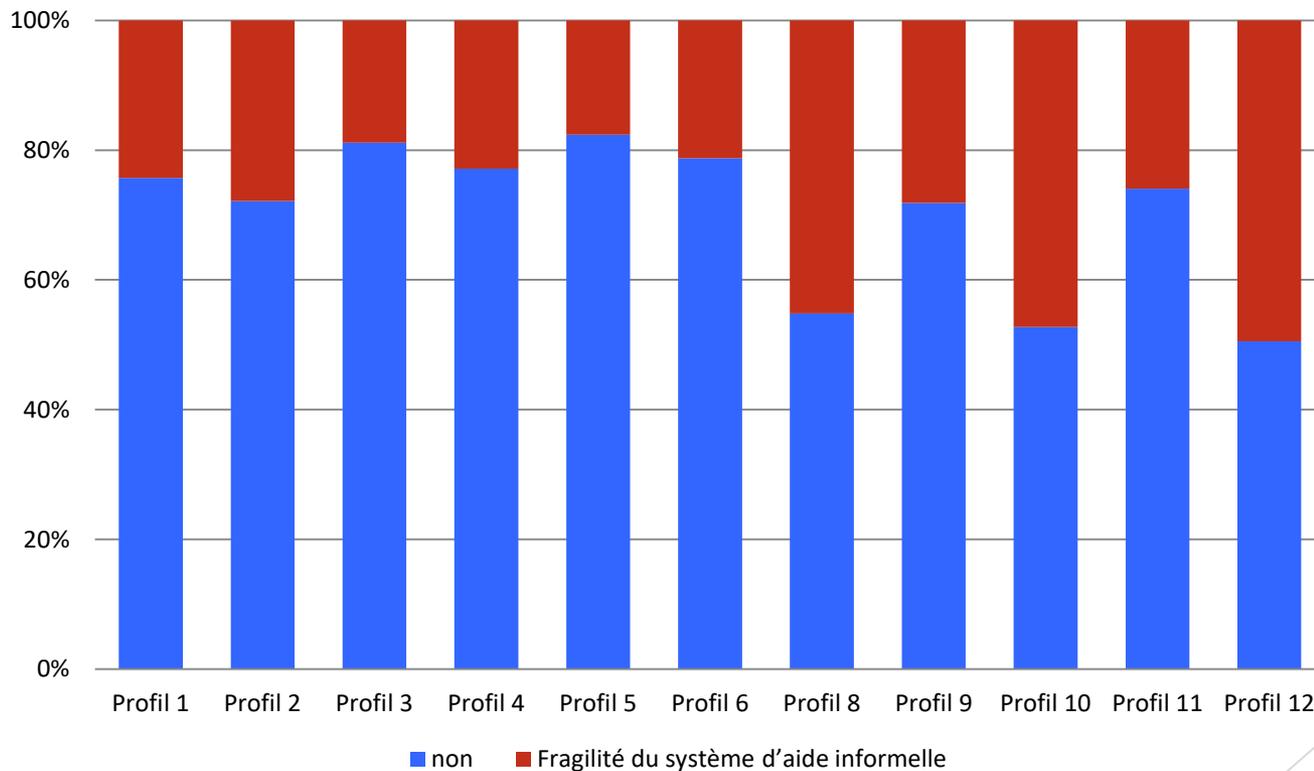
G2b le(les) aidant(s) exprime des sentiments de détresse, colère, dépression

0 = Non

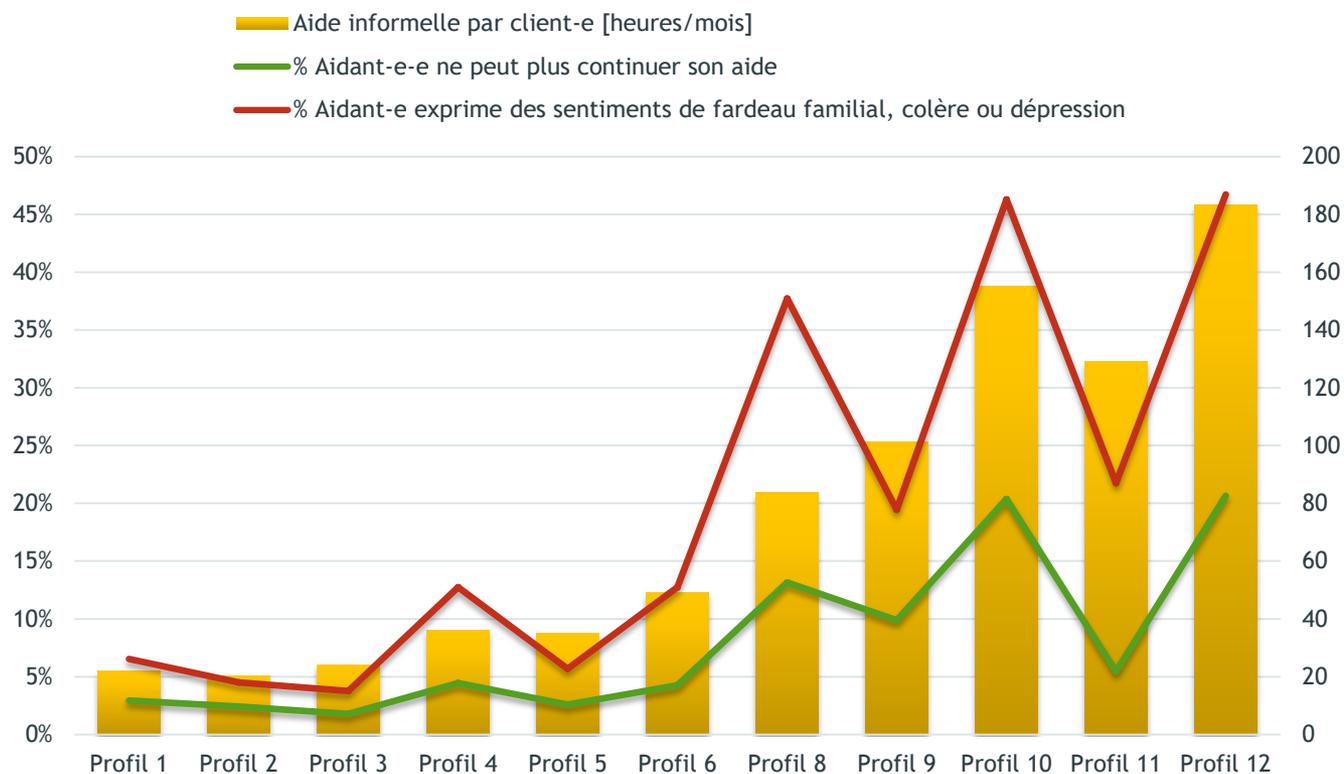
1 = Oui

1 = Oui

22: Fragilité du système d'aide informelle (23%)



Aide informelle* : « Risque de rupture »



108

* Uniquement chez les client-e-s avec aidant-e-s



Merci pour votre attention

Questions & réponses

MERCI ET À BIENTÔT

PROGRAMME CANTONAL coRAI

Info.santepublique@vd.ch