



coRAI

Une coordination des soins renforcée
grâce à la Suite interRAI

BIENVENUE !

COLLOQUE #6 10 AVRIL 2019

PROGRAMME CANTONAL coRAI

PROGRAMME

1. ACCUEIL & INTRODUCTION

- **DGS** C. Grandchamp, N. Wellens

2. SOINS À DOMICILE

- **AVASAD** O. Fontaine, M. Karlen, A. Dulimbert
- **ASD Suisse** E. Battig

3. EMS

- **Unisanté** L. Seematter - Bagnoud
- **GT Romande** A. D'Onofrio
- **Unisanté** J. Marti
- **Qsys** C. Papilloud - Rey

4. CONFÉRENCE INTERNATIONALE

- **KULeuven** J. de Almeida Mello

5. APÉRO



coRAI

Une coordination des soins renforcée
grâce à la Suite interRAI

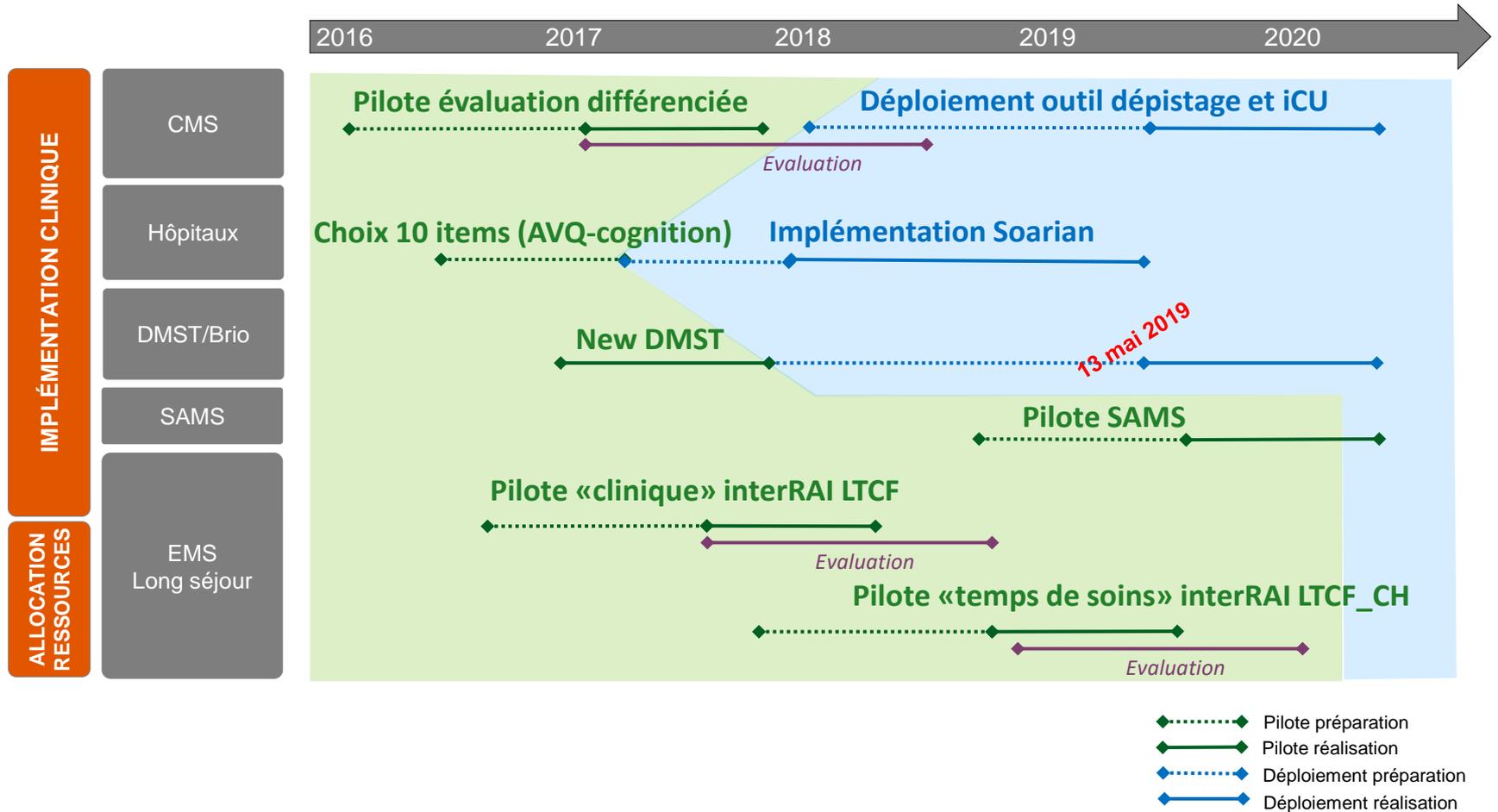
LE PROGRAMME coRAI VAUDOIS

C. Grandchamp & N. Wellens
Direction Générale de la Santé

PROGRAMME coRAI VAUDOIS

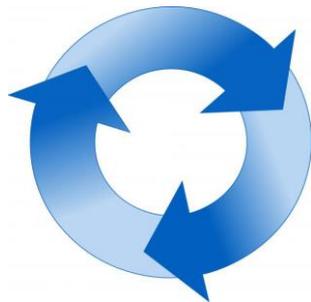
coRAI

Une coordination des soins renforcée
grâce à la Suite interRAI



ENJEU DE COMPLEXITÉ

Continuité information



Un langage commun



Partager un langage commun



Vision globale de la personne

Coordination des soins



Canterbury district – New Zealand

LA SUITE INTERRAI = LANGAGE COMMUN

coRAI

Une coordination des soins renforcée grâce à la Suite interRAI

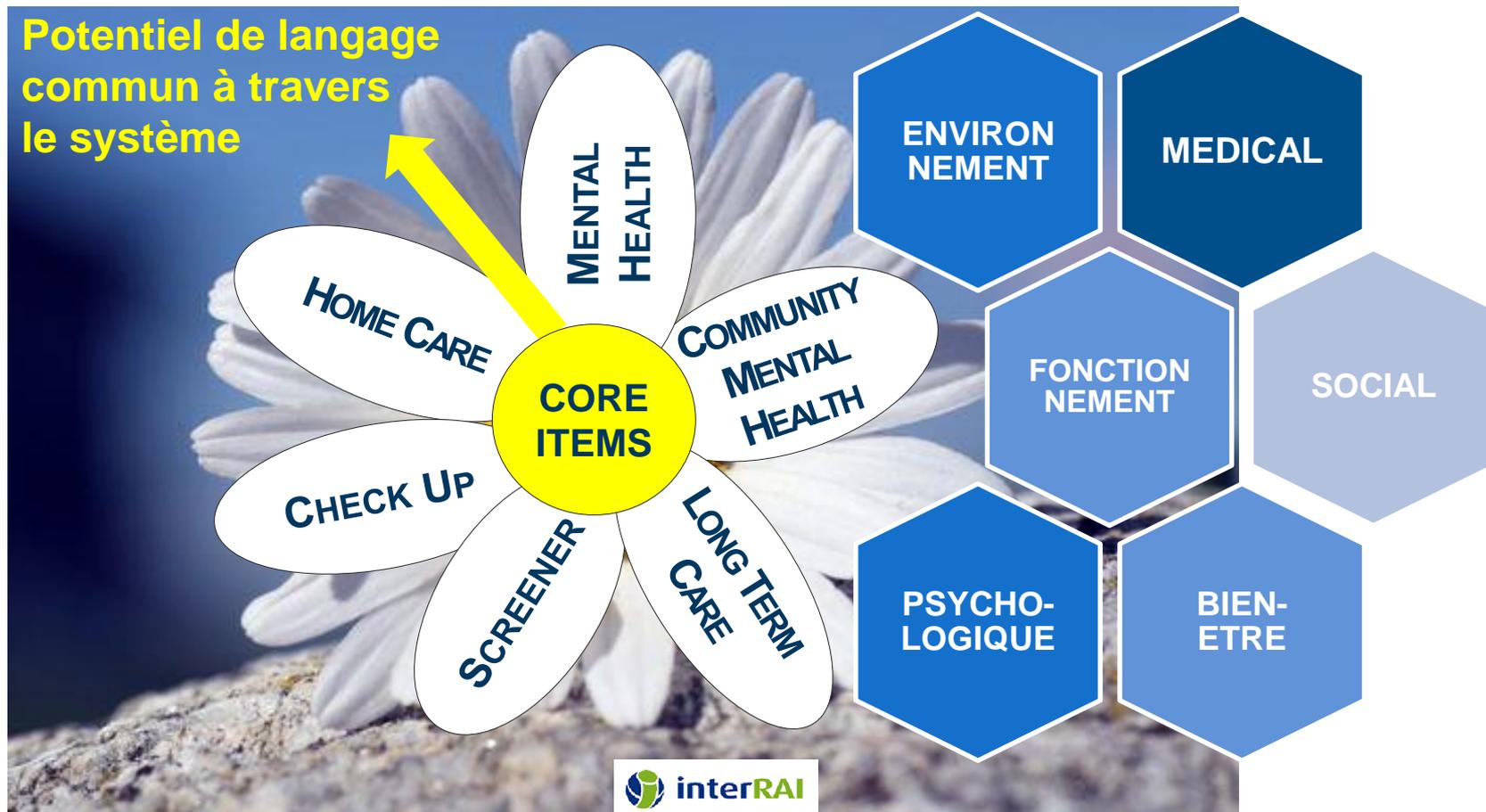


Image on the courtesy of B. Fries

Suite d'outils d'évaluation clinique multidimensionnelle
standardisée

adaptés à chaque lieu de pris en charge et à multiples populations

N. Wellens – Colloque coRAI – 10 4 2019

EVALUATION CLINIQUE DIFFÉRENCIÉE

coRAI

Une coordination des soins renforcée
grâce à la Suite interRAI

Population des soins et aide à domicile



Evaluation clinique



Cibler



 **interRAI™**
OUTIL DE
STRATIFICATION

Différencier l'outil



 **interRAI™**
OUTIL DE
BASE



 **interRAI™**
OUTIL
COMPLET



UNE DÉMARCHE CLINIQUE

coRAI

Une coordination des soins renforcée
grâce à la Suite interRAI

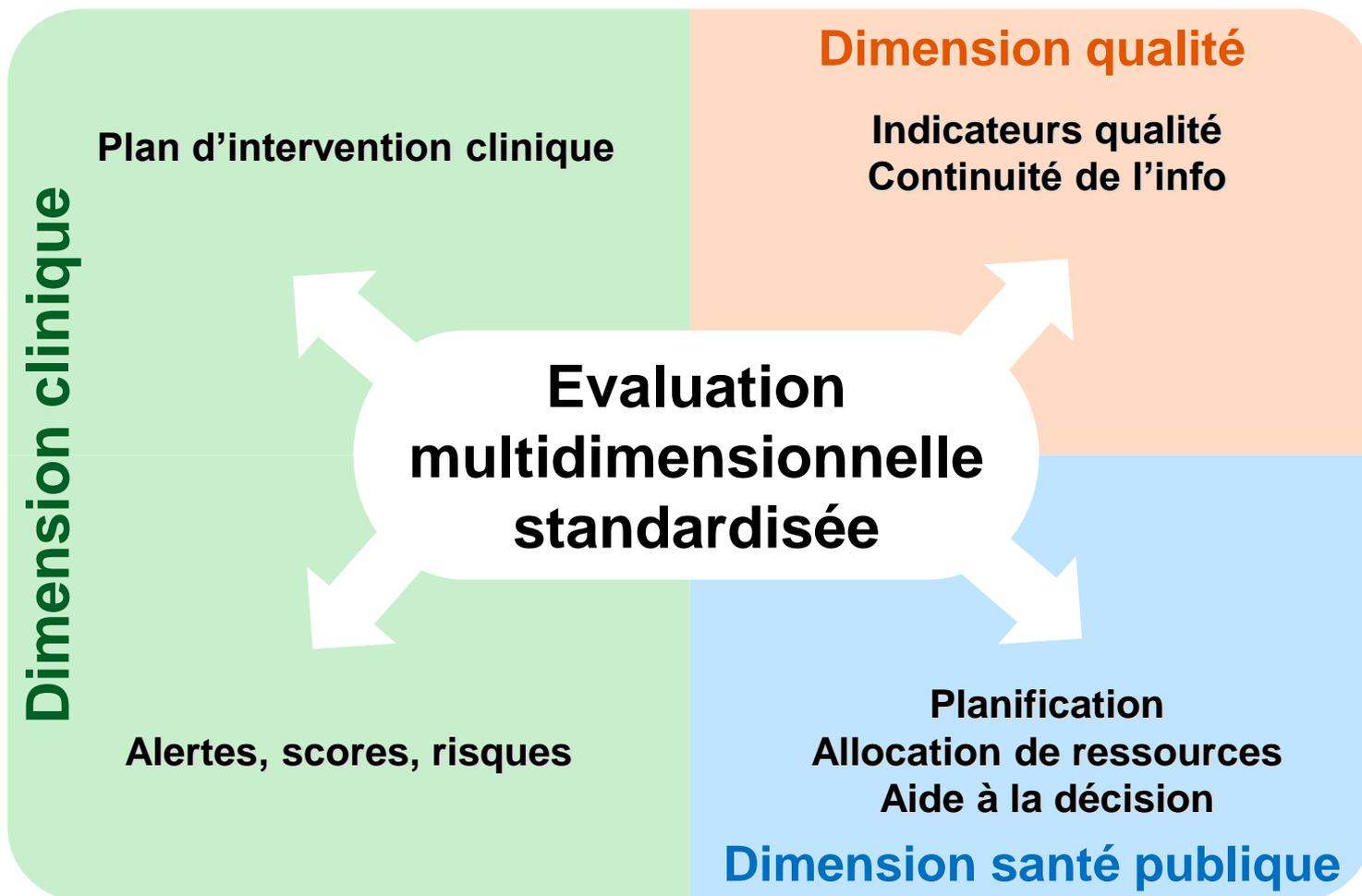


Observations structurés
Pas de score totale



Résultats cliniques

- **CAP: Clinical Assessment Protocols**
Déclencheur (potentiel) domaines à risque
Potentiel d'amélioration
- **Echelles**
Quantifie l'évolution dans le temps
- **Items:**
Capacités et problèmes spécifiques



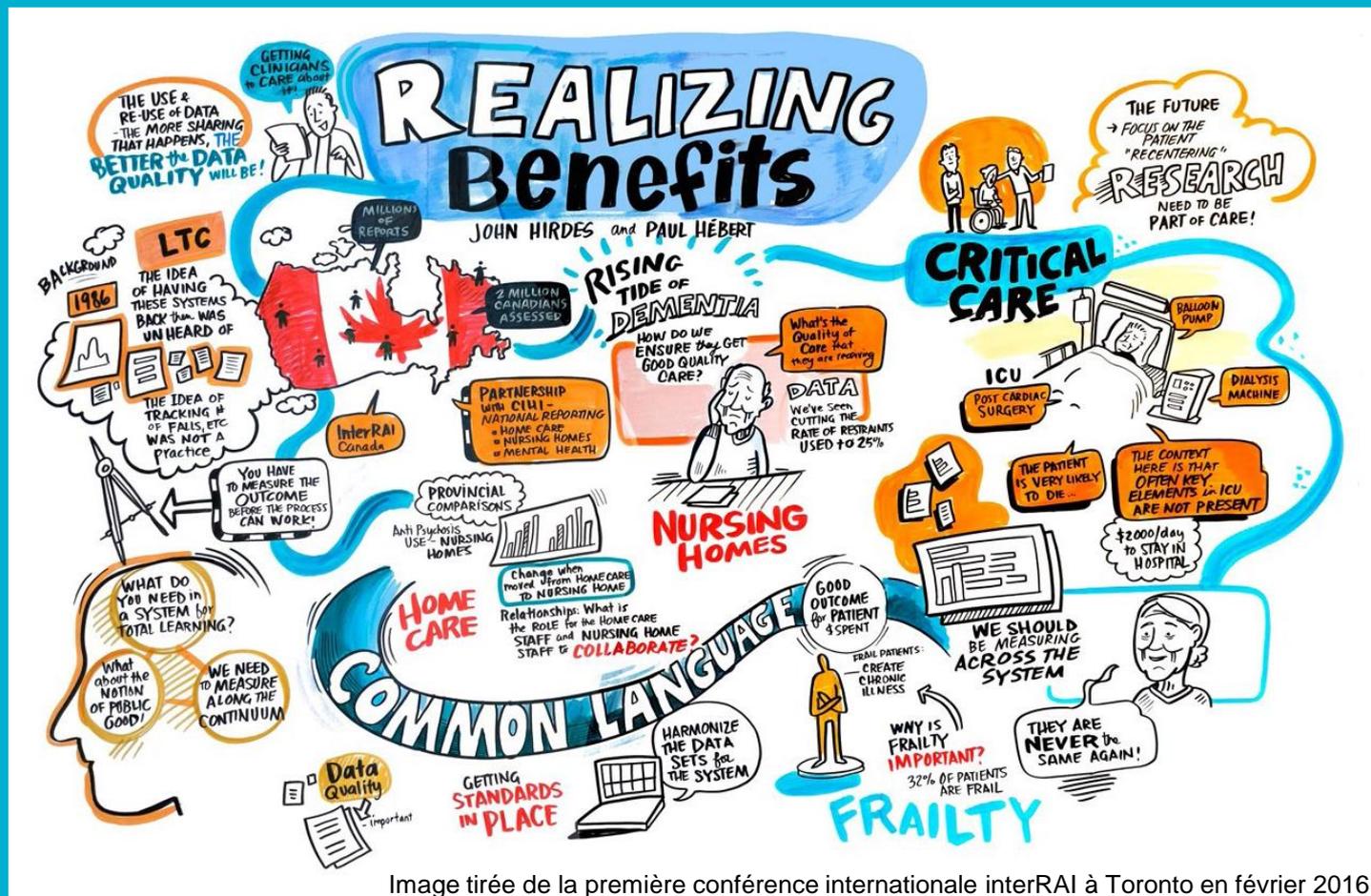


Image tirée de la première conférence internationale interRAI à Toronto en février 2016

REMERCIEMENTS

- Les chef(fe)s de projets et les collaborateurs/trices du programme coRAI
- Les participants et les soignants
- Les bénéficiaire et leurs familles
- Les institutions et les faitières
- Les collègues de la DGS Canton Vaud

coRAI

Une coordination des soins renforcée
grâce à la Suite interRAI

SOINS A DOMICILE

- **Evolution de la démarche d'évaluation de la situation client: Le projet de déploiement capRAI vaudois**
O. Fontaine, M. Karlen, A. Dulimbert - **AVASAD**
- **Les instruments interRAI dans l'aide et soins à domicile en Suisse**
E. Battig - **ASD Suisse**

Evolution de la démarche d'évaluation de la situation du client (Soins à domicile)

**Le projet de déploiement capRAI vaudois
AVASAD**



capRAI : clinique analyse prévention avec les outils interRAI

- Après le pilote coRAI mené en 2017 dans 5 CMS, l'AVASAD assure le déploiement de ce projet, en formant près de 1'500 collaborateurs, depuis fin 2018, et ce jusqu'au début 2020.

■ Objectifs

1. La démarche d'évaluation des besoins des clients est mise en œuvre dans tous les CMS, sur la base d'un processus harmonisé.
2. Les évaluations des besoins du client sont réalisées systématiquement avec un outil standardisé de la suite interRAI
3. Les risques de déclin fonctionnel identifiés sont pris en compte pour la mise en place du plan d'intervention
4. Les résultats des évaluations sont partagés avec les partenaires et les différents lieux de soins

Un projet, des opportunités à saisir

1. Une **harmonisation de la pratique d'évaluation**, dans tous les CMS, dans un **souci d'équité de traitement du client**
2. **Un renforcement de la qualité de l'évaluation et de la relation partenariale avec le client.**
3. **Une meilleure maîtrise par les référents de la situation du client** (de l'évaluation, à l'élaboration du plan de soins et à son suivi)
4. Une **détection** plus précoce des **risques de déclin fonctionnel** (meilleure anticipation des situations de crise et réduction des hospitalisations évitables)
5. **Une coordination entre médecins et CMS favorisée**
6. **Une continuité de prise en charge améliorée pour le client**, grâce à l'adoption de ce langage commun entre partenaires (EMS, Hôpitaux, BRIO)

Et pour les collaborateurs ?

Film AVASAD – 6'

Et pour le client ?

Un renforcement du partenariat

- Ce projet capRAI est une opportunité, en faisant évoluer notre démarche d'évaluation, d'améliorer notre relation de partenariat avec le client, afin qu'il soit acteur de sa prise en charge, dans un climat de confiance et reposant sur un lien fort avec les professionnels.
- Partager les éléments de partenariat souhaité avec l'évolution de la démarche d'évaluation

Le partenariat avec le client au fil de la démarche d'évaluation

- L'importance de choisir comment on entre en relation avec lui
 1. Présentation et introduction du temps d'échange auprès du client
 2. Veiller à un environnement propice pour le déroulement de l'évaluation
 3. Choisir un vocabulaire qui lui soit facilement compréhensible
 4. Au final, l'assurer que l'on a entendu ses besoins
- Respecter des principes éthiques
- Récolter les données proportionnellement à sa situation
- Rester en lien avec la demande du client en lui apportant une vision autre de sa situation
- Partager les constats avec le client et ses proches, afin de définir ensemble le plan de soin le plus adapté à sa propre situation

En parler avec le client, oui... mais comment ?

- Prendre du temps pour entendre et comprendre sa demande et ses besoins
- En faisant le tour de ses besoins et de ses attentes pour rester à domicile, dans les meilleures conditions pour lui
- En essayant d'avoir la vision la plus globale possible sur sa situation de santé pour la maintenir au mieux
- Identifier ses ressources (ce qui va bien), et comment les mobiliser, mais aussi le soutien potentiel de son entourage

Point de vue « client »

- A une représentation de sa trajectoire
- Gère au quotidien sa trajectoire avec sa maladie, sa situation
- Réalise un travail sans fin pour s'adapter, gérer et « faire face »
- Doit trouver du sens à ce qui lui arrive et pouvoir continuer à rester lui-même

Sager Tinguely et Weber (2011)

Le face à face du moment de l'évaluation

- **«Un préalable incontournable au partenariat est d'établir une relation de qualité et de confiance»**

Progin et Weber (2011)

- Etre en partenariat avec le client suppose :
 - Le partage du pouvoir, des informations
 - Le partage des risques
 - La prise de décisions en commun, en acceptant ses refus éventuels
 - Des avantages et des responsabilités

Ce projet capRAI...

...une belle opportunité pour s'interroger sur notre approche actuelle du client et envisager une nouvelle dimension, plus relationnelle et partenariale, en liens avec les attentes et les besoins que le client a exprimés.

Questions...



Les Instruments interRAI dans l'Aide et soins à domicile en Suisse

6^{ème} colloque coRAI , 10 avril 2019

Esther Bättig, collaboratrice scientifique Qualité/eHealth, ASD Suisse

Agenda

1. Instrument interRAI Community Mental Health Suisse (interRAI CMH_{Suisse})
2. Instrument interRAI HomeCare Suisse (interRAI HC_{Suisse})
3. Les formulaires supplémentaires: Données de base et prescriptions (DBP), l'Évaluation à la sortie et le catalogue de prestations d'ASD Suisse
4. Les manuels des instruments et des CAP (Clinical Assessment Protocols)

1. interRAI CMH_{Suisse}: État avril 2019

ASD Suisse certifie les modules interRAI dans les logiciels d'Aide et de soins à domicile:

- 3 fournisseurs de logiciel sont certifiés
- 1 fournisseur de logiciels est à la dernière étape de certification
- Si un fournisseur de logiciel n'a pas de client (organisation ASD) ayant une équipe de soins spécialisée en psychiatrie, il n'est pas obligé d'intégrer le module interRAI CMH_{Suisse} dans son logiciel
- Formation assurée par des formatrices et formateurs RAI
- Il existe une liste et un rapport qui font la liaison entre les **CAP** du interRAI CMH_{Suisse} et les **diagnostics NANDA-I**

<https://www.spitex.ch/files/N3XZMRE/Liste-NANDA-CAPs-interRAI-CMH.pdf>

<https://www.spitex.ch/files/5X1QPJ3/Rapport-concernant-la-Liste-NANDA-CAPs.pdf>

2. interRAI HC_{Suisse}

- L'instrument interRAI HC_{Suisse} est une adaptation pour la Suisse de l'instrument interRAI HC. Au total il n'y a que 10 items qui se différencient entre les deux instruments, le reste est identique
- Les adaptations ont été discutées avec des professionnels en soins ambulatoires et dans un deuxième pas approuvées par les responsables d'interRAI
- L'instrument interRAI HC_{Suisse} remplacera RAIHC Suisse, version 2009
- L'instrument contient:
 - 19 sections
 - 24 guides d'analyse par domaine d'intervention (CAP)
 - 17 échelles



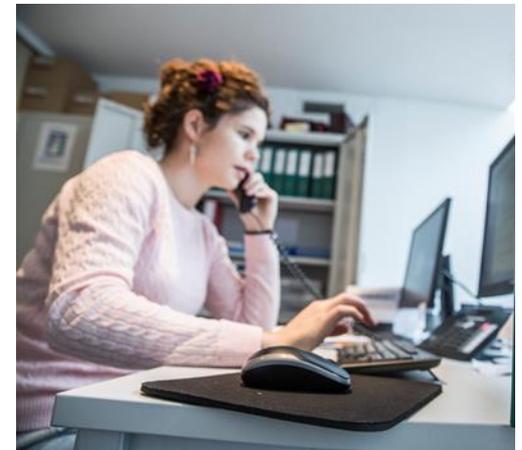
2. interRAI HC_{Suisse}: Étapes suivantes

- Implémentation du module interRAI HC_{Suisse} dans le logiciel par les fournisseurs de logiciels est en cours (depuis février 2019)
- Certification du module interRAI HC_{Suisse} dans le logiciel par ASD Suisse tenant compte:
 - Le contenu
 - La protection de données
 - L'interface pour HomeCareData (Datapool d'ASD Suisse)
- Remplacement du RAI-HC Suisse à partir de l'automne 2019
- Période de transition du RAI-HC vers interRAI HC_{Suisse} d'une année après la certification du logiciel
- Formation assurée par des formatrices et formateurs RAI

3. Formulaire supplémentaires

Pour les processus d'Aide et de soins à domicile, des formulaires supplémentaires suivants sont nécessaires à interRAI:

- Formulaire « Données de base et prescriptions » (DBP)
- Formulaire « Évaluation à la sortie »
- Catalogue de prestations d'ASD Suisse



3. Formulaire «Données de base et prescriptions»

- Le formulaire «Données de base et prescriptions» (DBP) remplace le DAEDD du RAI-HC Suisse
- Le formulaire contient deux sections qui sont identiques aux sections A et B du interRAI HC_{Suisse} :
 - AA: Données d'inscription
 - BB: Données de base et prescriptions
 - 2 items additionnels: informations sur l'institution/personne qui dépose la demande ET estimation de la demande
- Le DBP est à remplir pour tous les clients (aussi pour ceux qui n'ont pas d'évaluation avec un instrument interRAI)
- Un matching automatique se fait entre le DBP et les sections A et B du interRAI HC_{Suisse}
- Les données du formulaire DBP sont transférées au datapool HomeCareData

3. Formulaire «Évaluation à la sortie»

- Le formulaire «Évaluation à la sortie» remplace le «Formulaire de sortie» du RAI-HC Suisse
- Le formulaire fait partie du interRAI HC_{Suisse} mais est un formulaire à part en raison du processus :
 - Item Z: Date du dernier jour dans l'organisation ASD et résidence ou hébergement de la personne après la sortie
- Le formulaire est rempli pour tous les clients (aussi pour ceux qui n'ont pas d'évaluation avec un instrument interRAI)
- Les données du formulaire «Évaluation à la sortie» sont transférées au datapool HomeCareData

3. Le Catalogue des prestations d'ASD Suisse

Le catalogue de prestations d'ASD Suisse est une précision/description de l'Art. 7 de l'OPAS. Ce catalogue **n'est pas un instrument ou un formulaire interRAI**

Prochains projets à suivre:

- Description des prestations psychiatriques
- Révision globale du catalogue des prestations
- Ces descriptions et révisions se font en accord avec les assureurs



4. Les manuels des instruments interRAI

interRAI CMH_{Suisse}

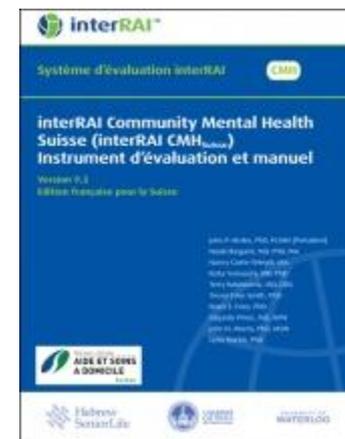
- Les manuels sont disponibles en français, italien et allemand sous le lien suivant:

<https://catalog.interrai.org/category/cmh-manuals>

- Le manuel des CAP en **allemand** est disponible sous le lien suivant:

<https://catalog.interrai.org/MH-CAPs-Swiss-German>

- Les manuels des CAP en **français et italien** seront disponibles dès avril 2019



interRAI HC_{Suisse}

- Les manuels en français, italien et allemand seront disponibles dès fin avril/début mai 2019
- Les manuels des CAP seront disponibles dès été/automne 2019

4. Manuel pour les formulaires supplémentaires

- Le manuel pour les formulaires DBP, «Évaluation à la sortie» et le catalogue des prestations d'ASD Suisse est en cours d'élaboration (en allemand, français et italien) et sera publié sur le site web d'ASD Suisse (en format PDF pour télécharger)
- Vous trouverez toutes les informations actuelles relatives aux instruments interRAI sur le site web d'ASD Suisse :

<https://www.spitex.ch/Monde-ASD/Assurance-de-qualite/Instruments-interRAI/PgfXx/>

Questions?

Si vous avez des questions,
n'hésitez pas à nous contacter :

Cornelis Kooijman : kooijman@spitex.ch

Esther Bättig : baettig@spitex.ch



nous continuons d'avancer!



cosanum

Le logisticien au service de la santé.

NEUROTH

ENTENDRE MIEUX • VIVRE MIEUX

spitexjobs.ch

Der Stellenmarkt für Berufe im Spitexbereich

10.04.2019

Aide et soins à domicile Suisse

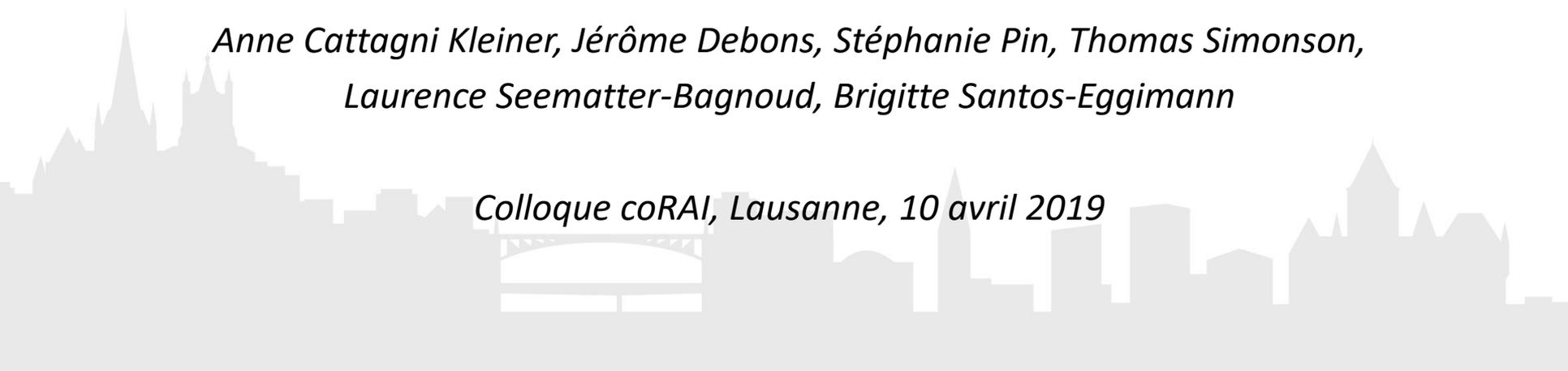
Pour vous – chez vous
**AIDE ET SOINS
A DOMICILE**
Suisse

- **Implémentation clinique de la démarche interRAI dans les EMS vaudois : Bilan du projet pilote**
L. Seematter - Bagnoud - Unisanté
- **Projet pilote « Temps de Soins »**
A. D'Onofrio - GT Romande, HévivA, FEDEREMS
- **Evaluation du projet pilote « Temps de soins »**
J. Marti - Unisanté
- **interRAI LTCF_CH: Résultats préliminaires du pilotage**
C. Pappiloud – Rey - Qsys

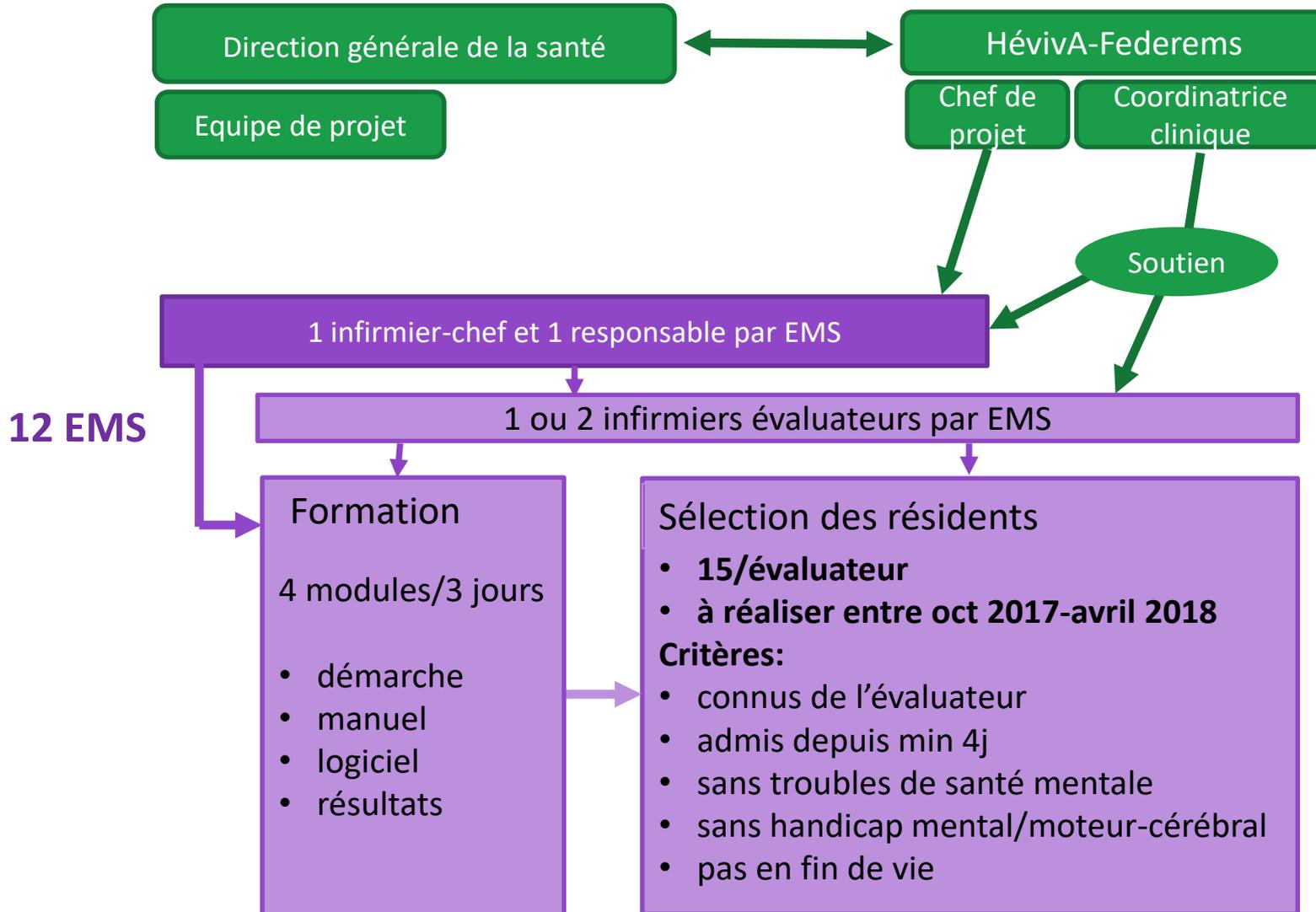
Implémentation clinique de la démarche interRAI dans les EMS vaudois : bilan du projet pilote

*Anne Cattagni Kleiner, Jérôme Debons, Stéphanie Pin, Thomas Simonson,
Laurence Seematter-Bagnoud, Brigitte Santos-Eggimann*

Colloque coRAI, Lausanne, 10 avril 2019

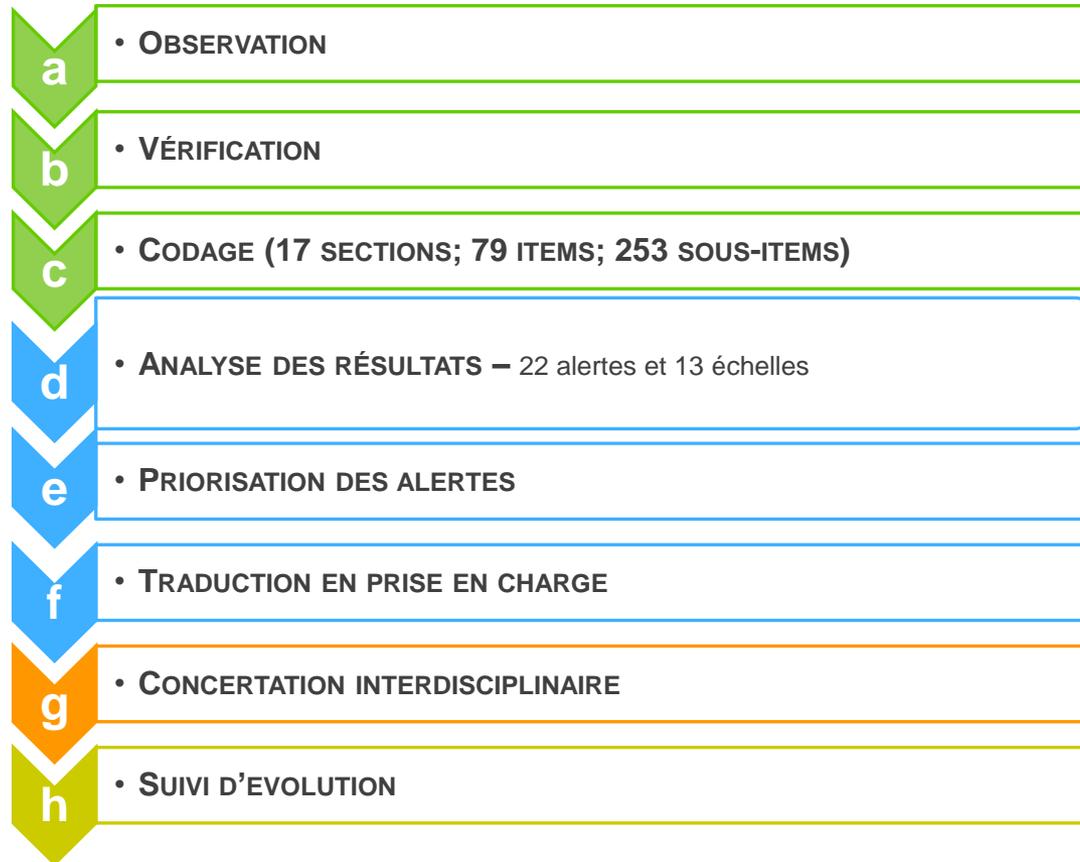
A light gray silhouette of a city skyline is visible at the bottom of the slide. It includes various building shapes and a prominent bridge structure in the center.

Déroulement du pilote



La démarche interRAI Soins de Longue Durée

(iSLD ou iLTCF=interRAI Long Term Care Facilities)



→ au moins 5 évaluations complètes par évaluateur (étapes a – h)

Objectifs du pilote et de l'évaluation

Examiner **la faisabilité** de la démarche dans les EMS

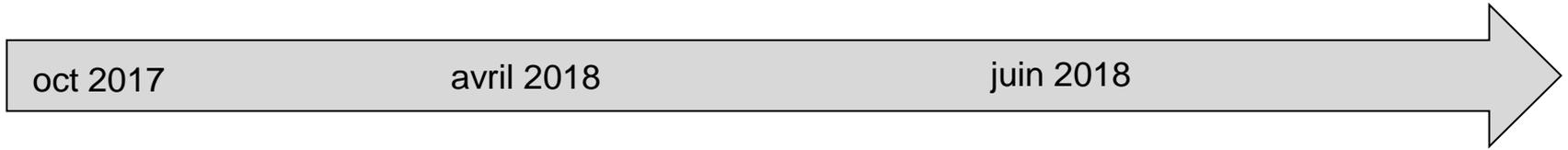
- *Comment la démarche iSLD est-elle mise en œuvre?*

Examiner **l'acceptabilité** de la démarche pour les professionnels

- *Quelle plus-value clinique ?*

Identifier les **leviers et obstacles** à l'implémentation de la démarche dans les EMS

Déroulement de l'évaluation



**Questionnaire
formation**

Etudes de cas

**Questionnaire
expérience**

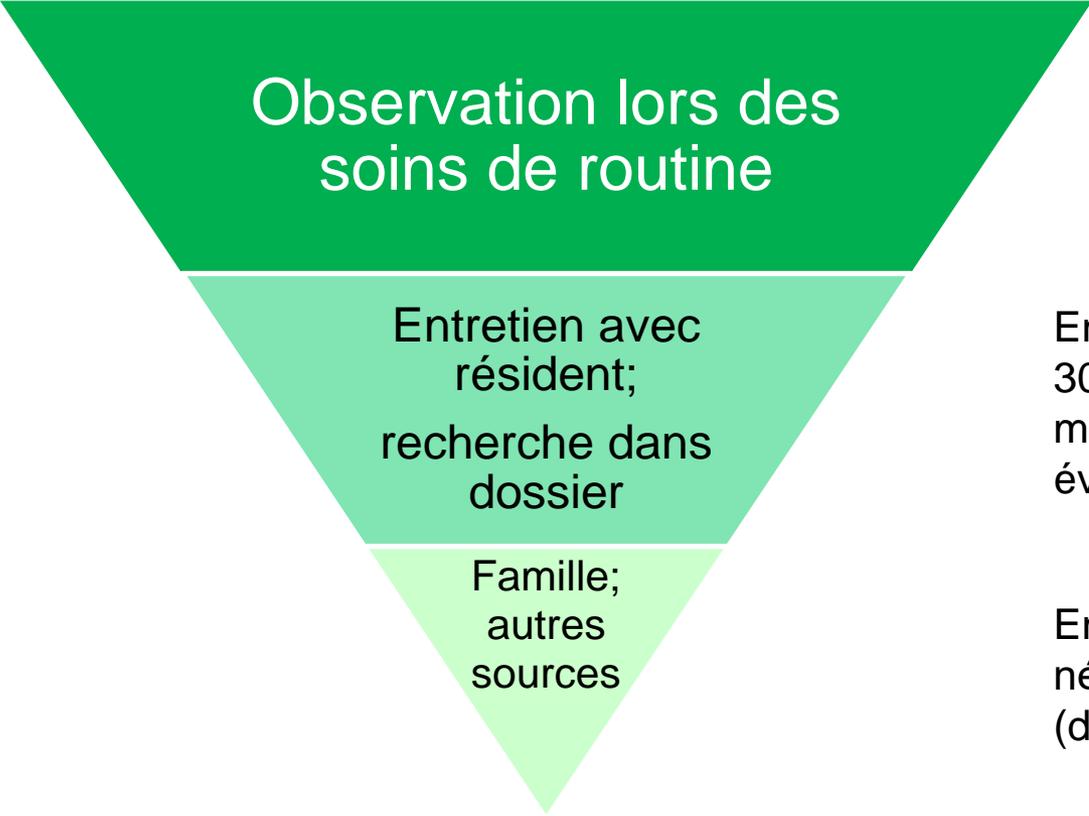
**Entretiens et
focus groupes**

**Tableaux
de bord**

**Documen-
tation**

Mise en œuvre de la démarche

Collecte d'informations pour l'évaluation iSLD



Observation lors des
soins de routine

Toujours présente; env $\frac{3}{4}$ de la
collecte d'infos par observation

Entretien avec
résident;
recherche dans
dossier

Entretien avec le résident (durée moy:
30min) ou recherche sur dossier (durée
moy: 20min) pour la plupart des
évaluations

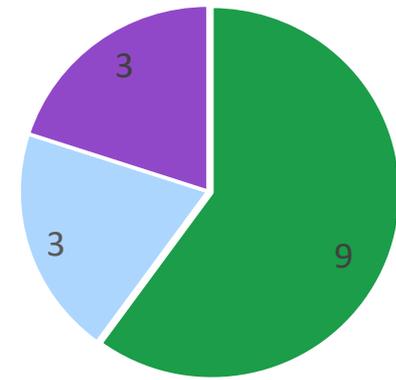
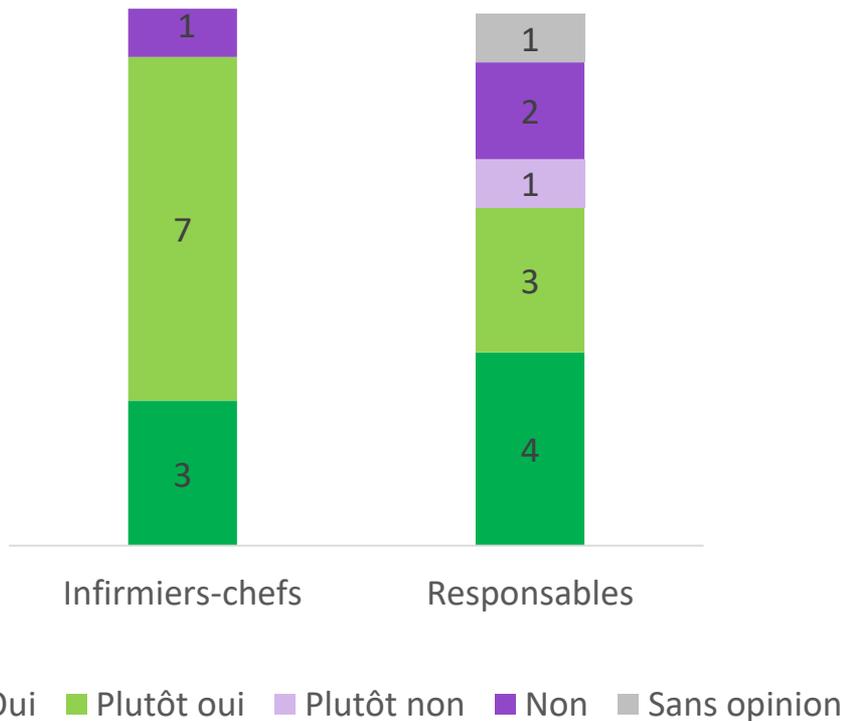
Famille;
autres
sources

Entre 20% et 70% des évaluations ont
nécessité le recours à d'autres sources
(durée moy: 20min)

Plus-value clinique de la démarche ?

...perçue par la plupart des infirmiers-chefs et responsables d'EMS

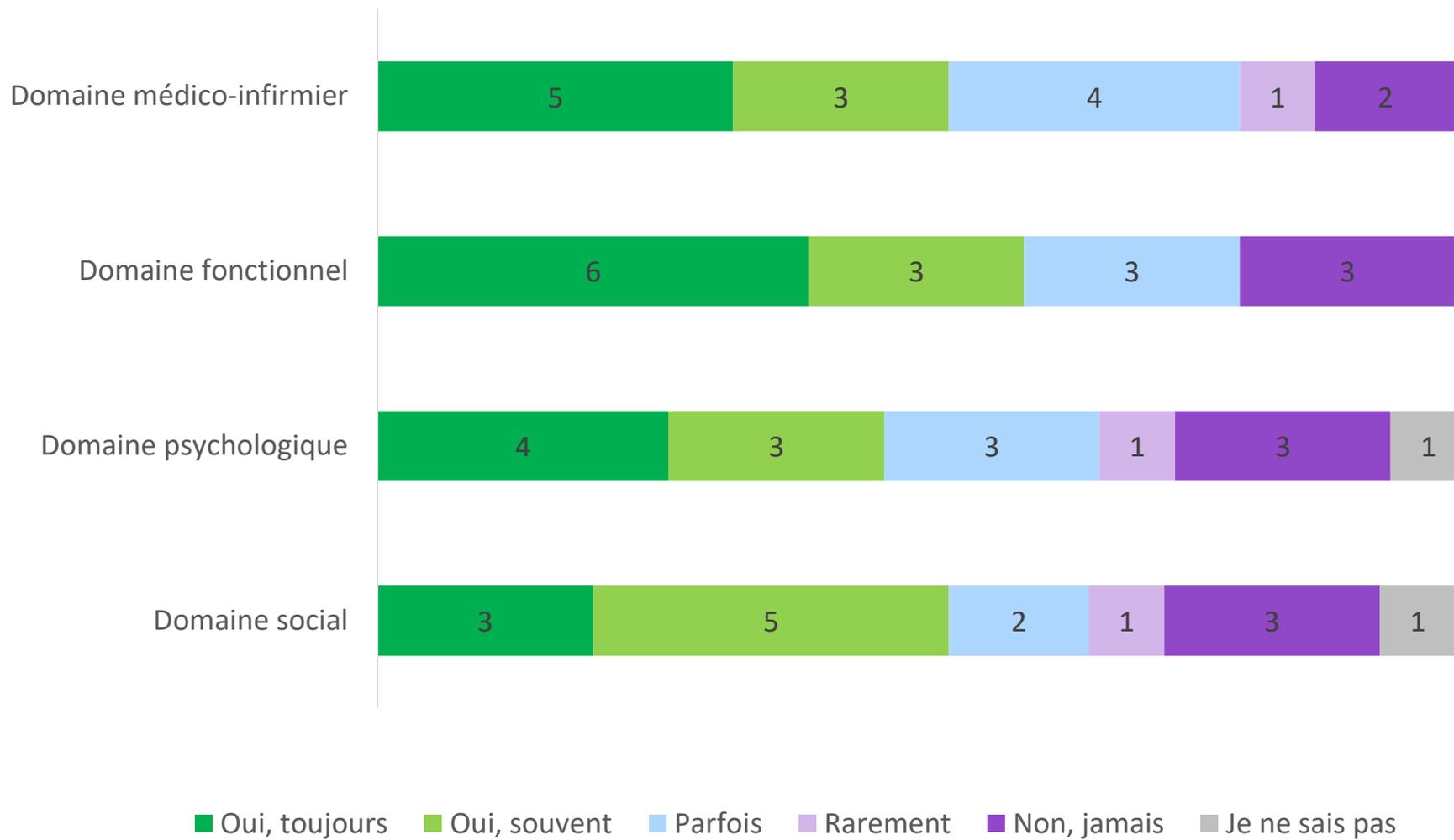
...perçue par les infirmiers-évaluateurs pour la plupart des résidents évalués



N=11 infirmiers-chefs et 11 responsables

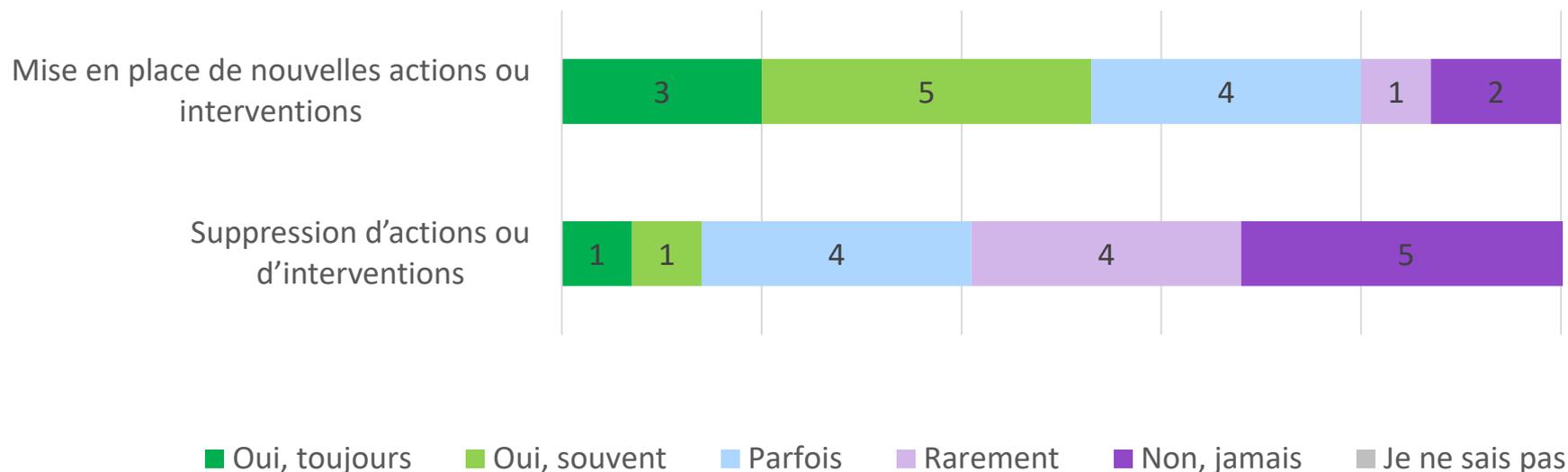
N=15 évaluateurs

Plus-value clinique: de nouveaux éléments identifiés



N=15 évaluateurs

Plus-value clinique : de nouvelles actions/interventions mises en place



N=15 évaluateurs

bien que la traduction des résultats de l'iSLD en actions concrètes soit ressentie par les infirmiers comme l'étape la plus difficile de la démarche

Plus-value clinique : **apport ressenti** par rapport aux pratiques habituelles

- ✓ **objectivité et standardisation** des évaluations
- ✓ **dépistage des syndromes gériatriques**
- ✓ **vue globale du résident**
- ✓ **support visuel utile** pour partager les résultats de l'évaluation avec les collègues

Appréciation de l'outil iSLD

- globalement satisfaisant et pertinent
- avec quelques réserves :

Items

Humeur: délicat à demander; difficile si troubles cognitifs

Capacités fonctionnelles: codage pas évident

Liste de traitements/interventions: pas pertinents en EMS

Items: souhait d'évaluation plus détaillée

Malvoyance

Troubles psychiatriques/comportement

Relations familiales/sociales

Capacité à faire sa toilette (haut/bas)

mais environ la moitié des évaluateurs trouve l'outil trop long

Alertes

Risque de chute/d'escarre: pas assez sensibles

Activités sociales: déclenchée chez «solitaires»

Prévention: trop sensible

Incontinence: peu pertinent en EMS vu la fréquence du problème

Alertes/échelles : souhaits

Surpoids/obésité

Remarques pas prises en compte dans les alertes/échelles

Manque de lien entre malvoyance et autres échelles

Leviers et obstacles à l'adoption de la démarche iSLD

Dimension	Levier	Obstacle
Stratégique	Continuité des soins, langage commun interinstitutionnel	Crainte : traduction en temps de soins et impact sur le financement
Structurelle	Temps dédié aux évaluations ; soutien de l'équipe de projet ; familiarité avec les évaluations standardisées	Caractère « chronophage » des évaluations
Technique	Outil et logiciel de saisie faciles à assimiler ; familiarité avec les procédures informatisées de suivi du résident	Absence d'interface entre le logiciel de support de l'iSLD et les systèmes informatisés en place; existence de systèmes informatisés dans les EMS, jugés efficaces
Culturelle	S'intègre dans la culture médico-sociale ; mobilise les équipes ; stimule l'analyse clinique infirmière	Risque perçu d'appliquer l'évaluation de manière trop « mécanique »

Limites de l'évaluation

- ❖ **Durée très courte** (6 mois) pour apprécier les apports cliniques
- ❖ **Nombre d'EMS et de professionnels trop restreint** pour permettre une généralisation des résultats
- ❖ **Critères de sélection propre au pilote** à prendre en compte (résidents sans troubles de santé mentale, ni handicap mental ou moteur cérébral)

Recommandations pour un éventuel déploiement

Dimension stratégique

Complément d'information :

Evaluer la démarche iSLD sur les populations spécifiques (psychiatrie, troubles de la vision/ audition, etc.) avec les modules interRAI spécifiques

Formation :

Informier/former tous les autres personnels de soins et d'accompagnement

Dimension structurelle

Formation /accompagnement :

Approfondir la formation autour de certains items et le module « Résultats »

Maintenir l'accompagnement sur le terrain

Ressources :

Selon les résultats du pilote « coRAI - Temps de soins », s'assurer de prévoir les dotations infirmières et ASSC nécessaires

Recommandations pour un éventuel déploiement (suite)

Dimension technique

Outil iSLD:

- Prendre en compte les propositions de modifications de l'outil
- Analyser des solutions pour alléger la charge des réévaluations (outil/fréquence)

Systemes informatiques:

- Intégrer l'iSLD au dossier informatisé du résident (+ évt DMST, PLEX...)
-

Dimension culturelle

Communication sur :

- avantages potentiels (résidents/EMS/système de soins); obstacles et leviers pour les professionnels
- résultats du pilote « coRAI - Temps de soins »

Colloques interdisciplinaires :

- Réfléchir au sein des EMS à la structuration des colloques, pour optimiser l'élaboration des plans de soins/d'accompagnement sur la base des résultats de l'iSLD

MERCI !

Le rapport et son executive summary sont disponibles sous:

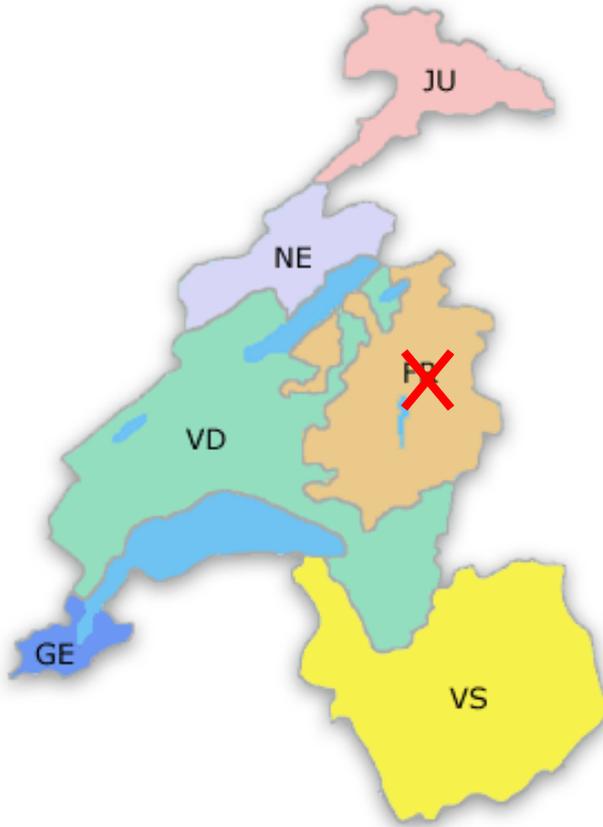
<https://www.iumsp.ch/fr/rds/297>

Projet pilote «Temps de Soins» interRAI - Romandie

D'Onofrio Andreina
Cheffe de projet coRAI – EMS
HéviVA & FEDEREMS

Contexte

interRAI
ROMANDIE



Vaud

Décret de coordination

⇒ Programme coRAI visant à tester différents outils interRAI.

Suisse Allemande

Entreprise Q-Sys

⇒ transition RAI-NH à l'interRAI LTCF-CH

⇒ Test dans 25 EMS

Jura, Valais, Neuchâtel et Genève participent au pilote «temps de soins» qui prend le nom de «interRAI ROMANDIE»

Exception Fribourg : engagé dans le test Q-Sys.

Projet

Objectif

Observer comment évolue le temps de soins et pourquoi selon qu'il est mesuré au moyen de l'outil interRAI LTCF_version test Q-Sys ou de PLAISIR ou de BESA.

Participants

- Nombre d'EMS : 20
- Taille : entre 20 et 235 lits / EMS
- Formation : env. 200 infirmiers/ères
- Public cible : gériatrie, psychiatrie de l'âge avancé, psychiatrie adulte

Echantillon

- 1260 résidents

Evaluation du projet

UNISANTE (anciennement IUMPS: institut universitaire de médecine préventive et sociale).

Elaboration et réalisation du protocole d'évaluation

interRAI
ROMANDIE

ne.ch
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE NEUCHÂTEL



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

Qu'est-ce le
projet interRAI
dans les cantons
Romand?



CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS



JURA CH RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

Le changement de méthode doit :

- disposer de modules compatibles pour une continuité du réseau de soins
- améliorer le suivi clinique transversal des bénéficiaires
- offrir une information inter-cantonale structurée
- mutualiser les bonnes pratiques en matière d'évaluations
- valoriser davantage les troubles cognitifs et les AVQ
- rééquilibrer le financement entre les contributions des assureurs-maladie et les coûts résiduels cantonaux

Vigilance :

- évaluer l'étude économétrique d'unisanté et l'impact sur les coûts et le financement
- déterminer la manière de composer les équipes-types soignantes et de calculer les dotations requises
- développer une méthode adaptée aux courts-séjours
- être attentif aux coûts du changement pour les entités et les cantons

= identifier les plus et moins-values par rapport au système actuel

1. C'est l'implication d'un EMS neuchâtelois dans le pilote « temps de soins », car la valorisation des prestations de soins au travers de différents outils d'évaluation est un sujet important à l'heure où le financement des soins est au centre de nombreux débats
2. C'est également la problématique plus globale de la continuité des soins qui nous conduit à explorer différentes pistes pour améliorer l'efficacité du système et le fonctionnement du réseau de soins neuchâtelois
3. C'est une manière de répondre aux injonctions parlementaires répétées au niveau fédéral pour unifier les outils d'évaluation, et en mesurer les impacts et coûts avant de pouvoir éventuellement les mettre en œuvre

- Projet principalement soutenu et porté par le canton de Vaud.
- Le Jura participe au projet pilote «temps de soins» (2 EMS) afin de bien comprendre les impacts avant d'éventuellement faire le choix de changer d'outil.
- La problématique de la continuité des soins est un des enjeux majeurs pour le futur. Il s'agit d'évaluer si interRAI pourrait répondre de manière pertinente à nos attentes/besoins.



CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

interRAI
ROMANDIE

- 4 EMS participent au projet pilote « Temps de soins »
- Analyser les impacts financiers et cliniques d'un éventuel changement d'outil d'évaluation des soins dans les EMS.
- L'outil InterRAI permettrait d'avoir un outil assurant la continuité de la prise en charge entre les différents prestataires de soins (continuité du réseau de soins).

Afin d'assurer la meilleure réponse possible aux situations chroniques et polymorbides, de plus en plus nombreuses, le canton de Vaud souhaite mettre à disposition du système de santé:

- Des évaluations standardisées mesurant les dimensions bio-psycho-sociale essentielles dans la prise en charge de patients chroniques
- Un langage commun tout au long de la prise en charge du patient, favorisant ainsi la continuité des soins
- Une suite d'outils d'évaluation à jour et évolutive.

MERCI POUR L'ATTENTION

QUESTIONS ...

Evaluation du projet pilote « Temps de soins »

Colloque coRAI, Lausanne, le 10 avril 2019



Vue d'ensemble du projet

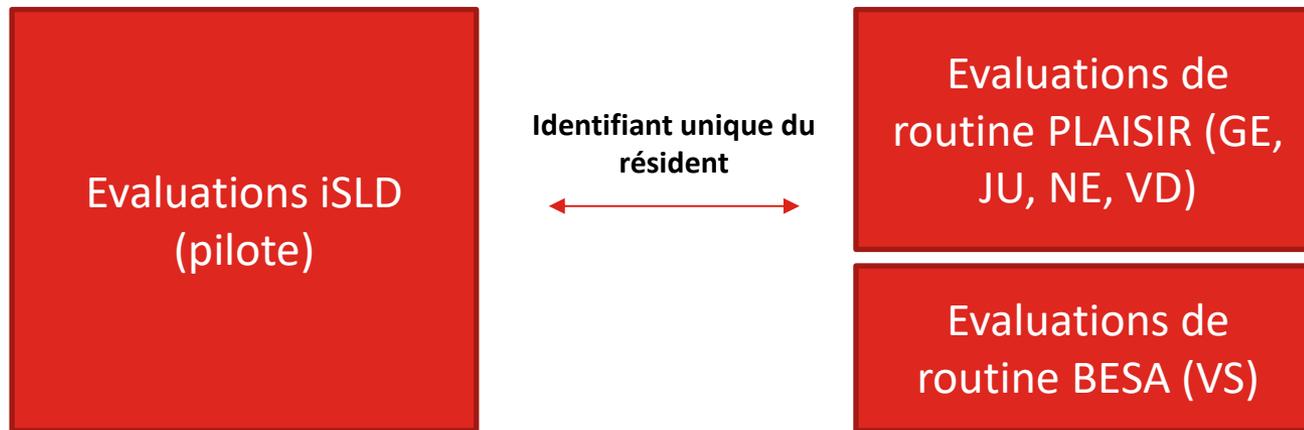
- **Buts principaux**

- Comparer la classification OPAS des résidents obtenue avec les méthodes PLAISIR/BESA, par rapport à la méthode iSLD
- Analyser les facteurs explicatifs de ces différences en combinant une approche quantitative à une approche qualitative
- Analyser l'impact potentiel sur le financement cantonal de l'utilisation du nouvel outil (projections)

- **Equipe de recherche Unisanté**

- Unité d'économie de la santé (Y. Eggli, J. Marti)
- Unité des services de santé (L. Seematter-Bagnoud, B. Santos-Eggimann, A. Cattagni Kleiner)

Phase I: Analyse quantitative des écarts entre outils

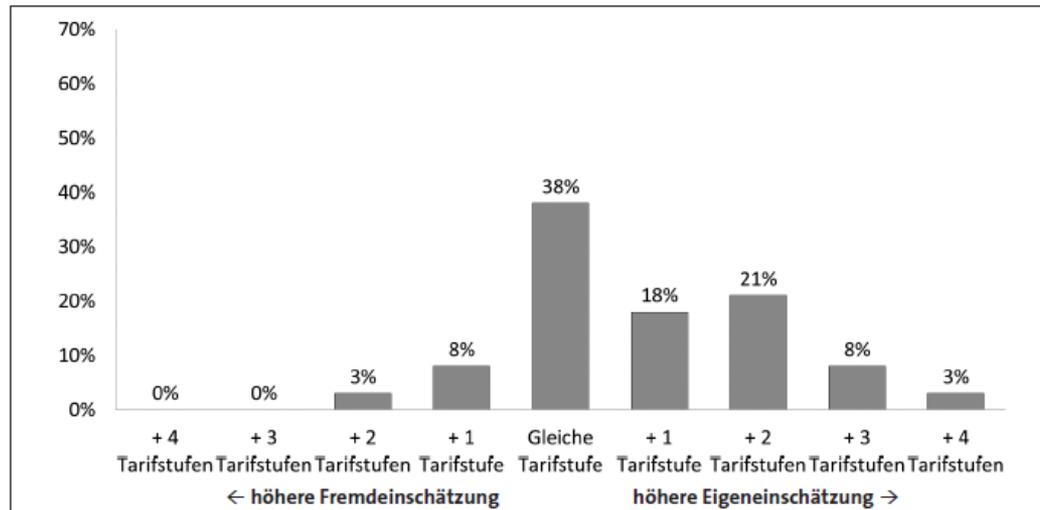


- Comparer la classification OPAS des résidents obtenue avec les différentes approches (écarts globaux, par canton/outil, par mission et taille d'EMS, etc.)
- Analyser les facteurs associés aux écarts observés
- Identifier des cas pour une analyse qualitative approfondie (Phase II)

Phase I: Analyse quantitative des écarts entre outils

Exemple: comparaison BESA et MDS RAI en 2010 (2 EMS, N=120)

Différences en termes de classification OPAS



Gattinger et al. *Pflegebedarfserfassungsinstrumente BESA und RAI: Vergleich der Outcomes in Minuten*, Pflege 2014; 27 (1): 31 – 40 DOI 10.1024/1012-5302/a000337

Phase II: Analyse qualitative des écarts entre outils

- Préparation d'un canevas présentant le profil du résident et les divergences entre outils de manière synthétique et proposant des pistes de réflexion
- Restitution par écrit d'un feedback sur le cas par l'évaluateur iSLD correspondant

Phase III: Analyse de l'impact sur le financement cantonal de l'utilisation du nouvel outil

- Entretiens avec les parties prenantes-clés des différents cantons
- Construction d'un modèle de simulation simple
- Projections de l'impact de l'introduction de l'outil iSLD sur le financement cantonal



Q-Sys AG

Systeme zur Qualitäts- und Kostensteuerung im Gesundheitswesen



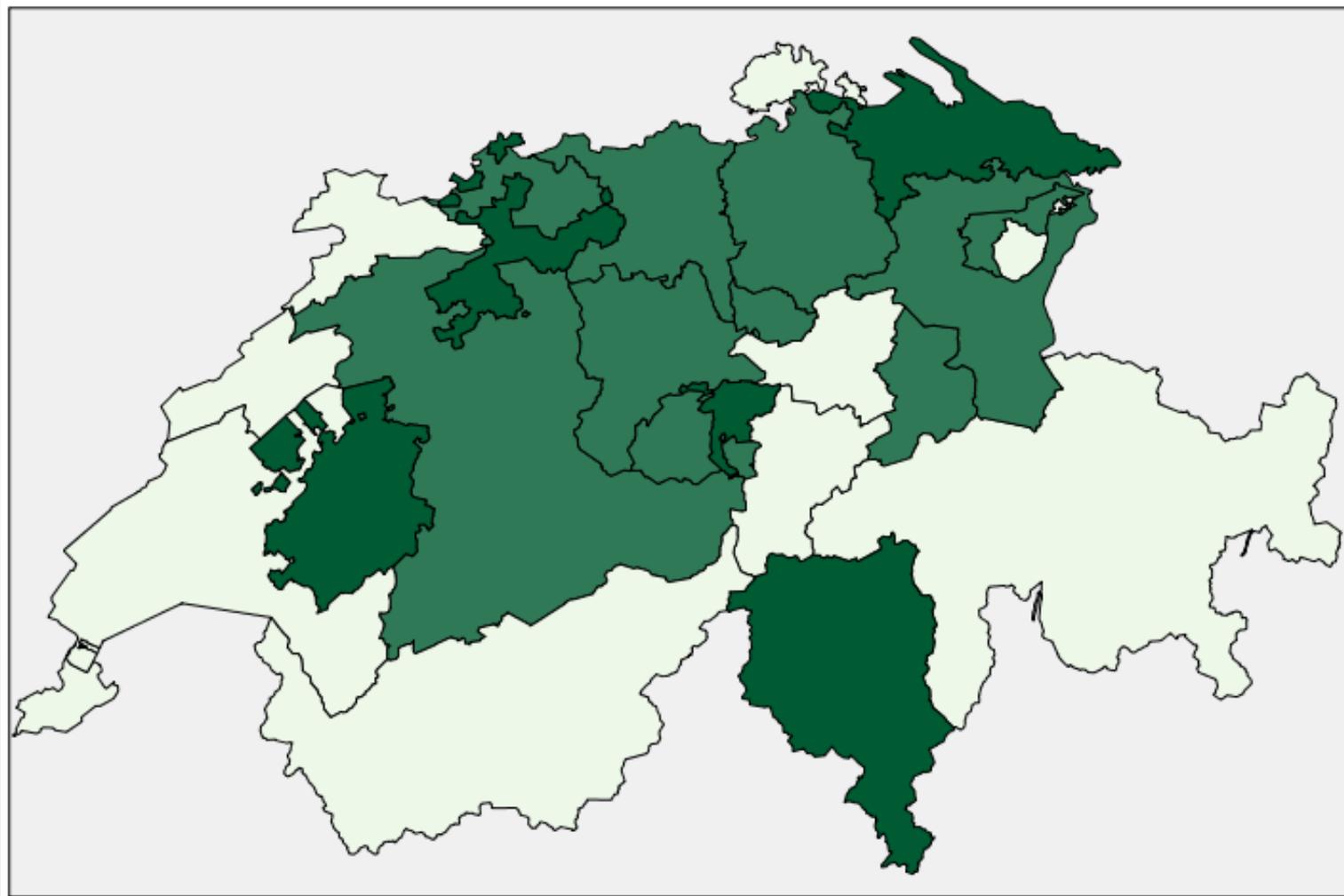
interRAI LTCF_CH

Résultats préliminaires du pilotage

Christine Papilloud-Rey

Infirmière, formatrice RAI-NH et RAI-HC

RAI-NH en Suisse



- Depuis **1999**
- Plus de **42'000** résidents
- Près de **650 EMS**
- Dans **15 cantons**

Pilotage interRAI LTCF_CH

- **27 EMS**
- entre **17 et 190** lits par EMS
- **2'080** résidents
- **Juin à novembre 2018**

Objectifs du pilotage interRAI LTCF_CH

- Acceptation du MDS LTCF par les EMS
- Suggestions d'amélioration de la part des utilisateurs/trices
- Difficultés lors du codage / Fiabilité
- Points d'évaluation manquants / superflus
- Identification des conséquences sur les RUGs
- Test du RAIssoft.net

Comment jugez-vous la période d'observation de 3 jours en terme de faisabilité lors de l'évaluation clinique ?

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valable	Pourcentage cumulé
Valable				
nettement mieux que 7 jours	6	9,8	10,2	10,2
plutôt mieux que 7 jours	20	32,8	33,9	44,1
ni mieux, ni moins bien	10	16,4	16,9	61,0
plutôt moins bien que 7 jours	14	23,0	23,7	84,7
nettement moins bien que 7 jours	9	14,8	15,3	100,0
Somme totale	59	96,7	100,0	
Manquant	2	3,3		
Somme totale	61	100,0		

Si vous pouviez choisir aujourd'hui, quelle version préféreriez-vous?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valable	Pourcentage cumulé
Valable	nettement le nouveau MDS interRAI-LTCF_CH	9	14,8	16,1	16,1
	plutôt le nouveau MDS interRAI-LTCF_CH	25	41,0	44,6	60,7
	ne joue aucun rôle, aucune préférence	9	14,8	16,1	76,8
	plutôt le MDS 2016 actuel	6	9,8	10,7	87,5
	nettement le MDS 2016 actuel	7	11,5	12,5	100,0
	Somme totale	56	91,8	100,0	
Manquant		5	8,2		
Somme totale		61	100,0		

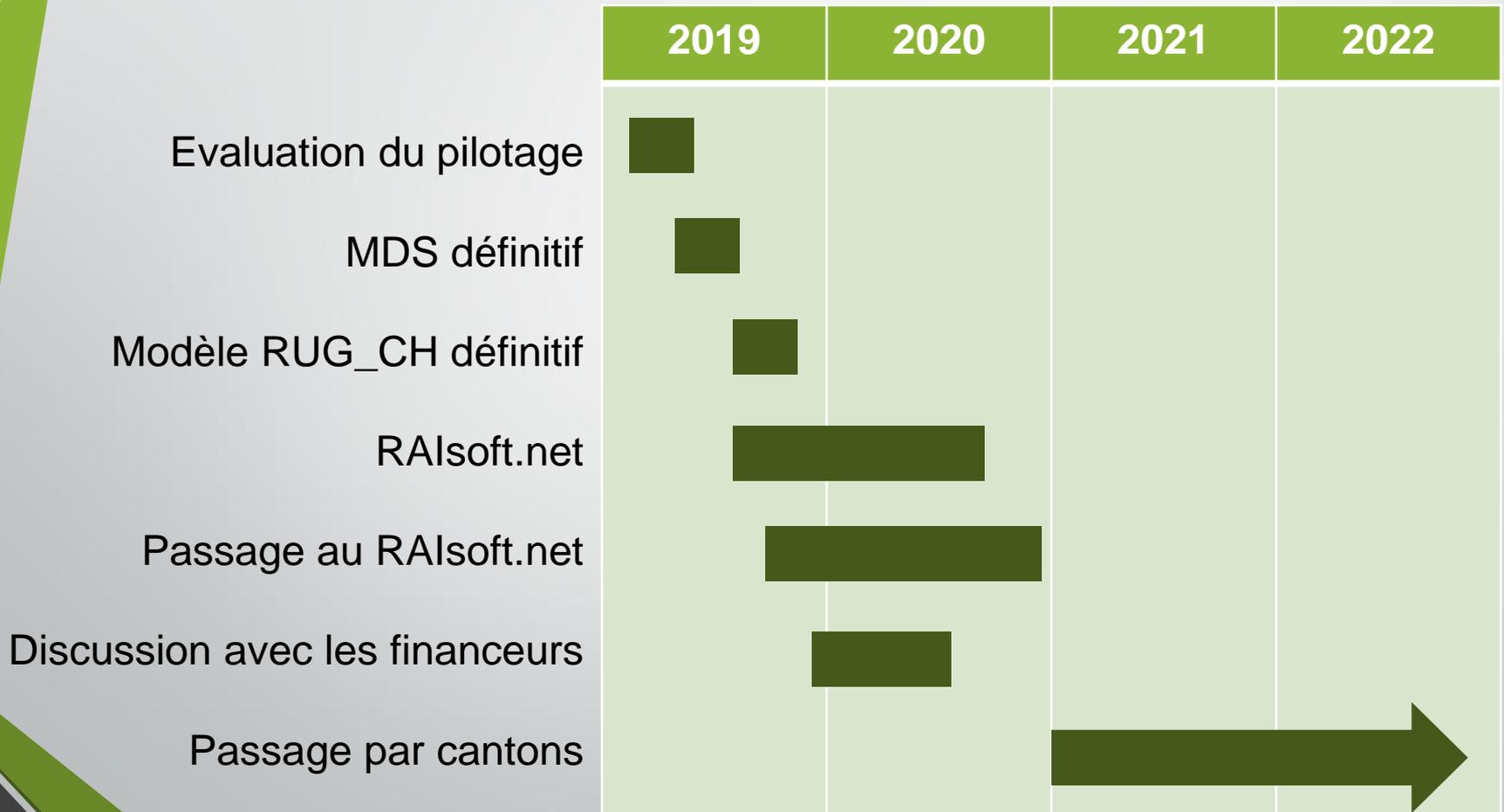
Dans quelle mesure jugez-vous le travail avec la version RAlsoft web facile ou problématique?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valable	Pourcentage cumulé
Valable	très facile	24	39,3	40,7	40,7
	assez facile	26	42,6	44,1	84,7
	plutôt difficile, associé avec quelques problèmes	7	11,5	11,9	96,6
	très difficile, associé à de nombreux problèmes	1	1,6	1,7	98,3
	ne sais pas, aucune saisie effectuée	1	1,6	1,7	100,0
	Somme totale	59	96,7	100,0	
Manquant		2	3,3		
Somme totale		61	100,0		



**Comparaisons provisoires
MDS 2016 – interRAI LTCF_CH
RUGs
Indice CH
Indice AVQ**

Echéancier LTCF_CH



CONFERENCE INTERNATIONALE

- **L'utilisation des résultats de l'instrument interRAI Home Care en Belgique – un étude de l'efficacité des interventions des soins à domicile**

J. de Almeida Mello – KULeuven, Belgique



L'utilisation des résultats de l'instrument interRAI Home Care en Belgique - un étude de l'efficacité des interventions des soins à domicile

Johanna de Almeida Mello, PhD

Prof. dr. Anja Declercq, PhD

Thérèse Van Durme, PhD

Prof. dr. Jean Macq, MD, PhD

Colloque coRAI – le 10 avril 2019 - Lausanne

UCL
Université
catholique
de Louvain

Université
de Liège



KU LEUVEN
LUCAS

U
Universiteit
Antwerpen

Leuven



L'instrument interRAI en Belgique

- BelRAI = outil **d'évaluation multidisciplinaire** de la situation globale de la personne;
- **Testé** en Belgique **dans différents secteurs** (soins à domicile, maisons des repos (EMS), hôpital de jour, centre de soins palliatifs) – 2006 a 2017
- **L'implémentation** du BelRAI commence par le secteur de soins à domicile et par les maisons de repos.

L'instrument interRAI en Belgique

- Traduit en 3 langues: Français, Néerlandais et Allemand;
- Rempli en ligne (site de web: belrai.org) au en tableau (iPad)
- Permet la collecte **systematique** de données pertinentes:
- Permet la **continuité des soins** (**transferts** des données du domicile à l'hôpital, de l'hôpital à la maison de repos, etc.);
- Génère des **outcomes**:
 - **Échelles validées**
 - **CAPs** (*Client Assessment Protocols*) – *alertes pour les situations à risque ou problèmes déjà existants*



aident le professionnel de santé à **prendre des décisions pour le plan de soins**

[Accueil](#)[Agenda](#)[Documentation](#)[FAQ](#)[Liens](#)[Contacts](#)

Share this



Je suis

[citoyen](#)[soignant](#)[développeur de logiciels](#)

BelRAI en bref

BelRAI est un instrument mis à disposition sous forme électronique et qui permet de faire une **évaluation globale** des besoins en soins d'une personne : besoins physiques, cognitifs, psychiques et associés à la vie en société.

Par la centralisation et la mise à disposition de données uniformes et structurées relatives à la personne, BelRAI entend soutenir une **prise en charge efficaces et un suivi de la qualité, au bénéfice de toutes les personnes ayant des besoins en soins (complexes).**

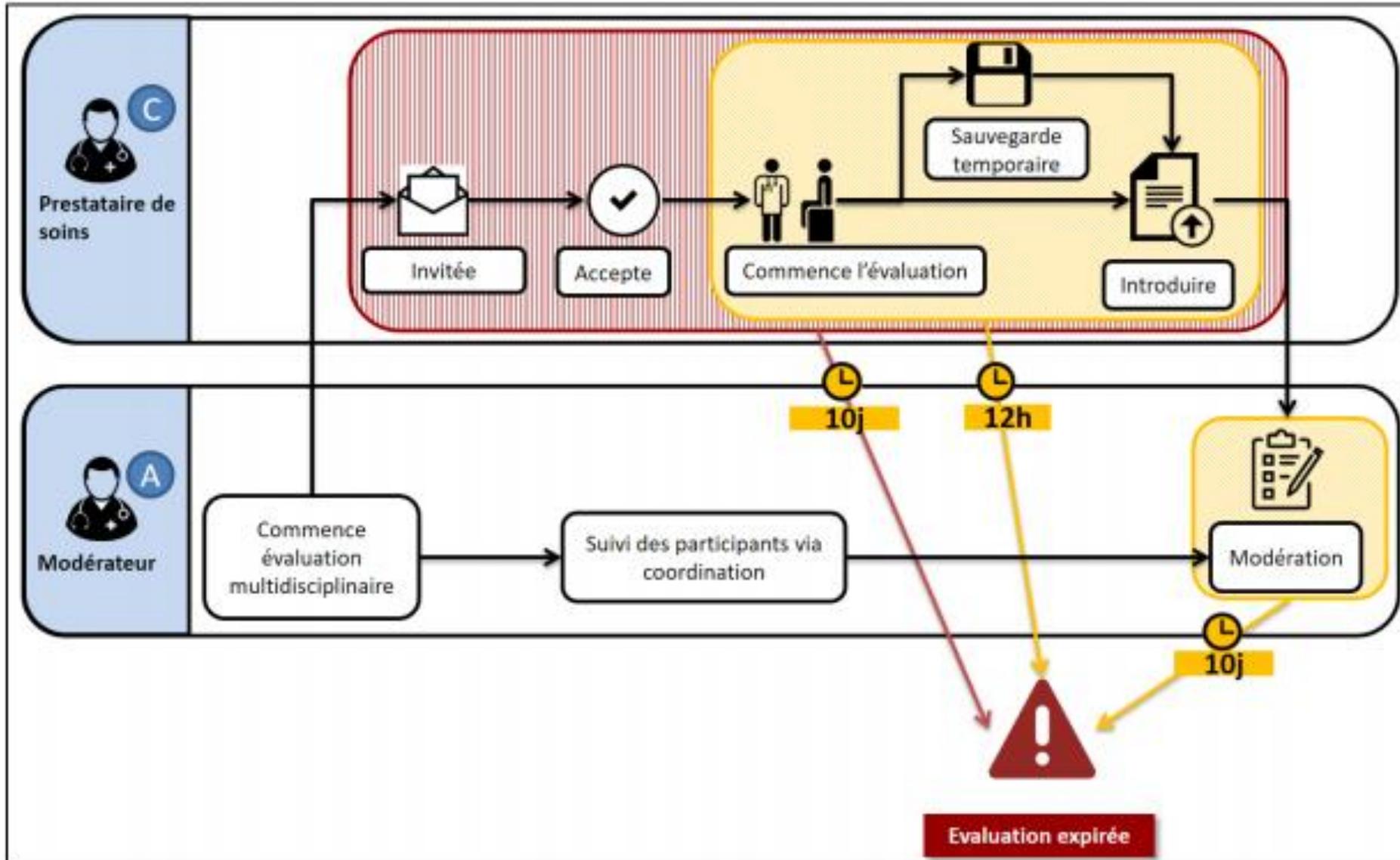


BelRAI 2.0

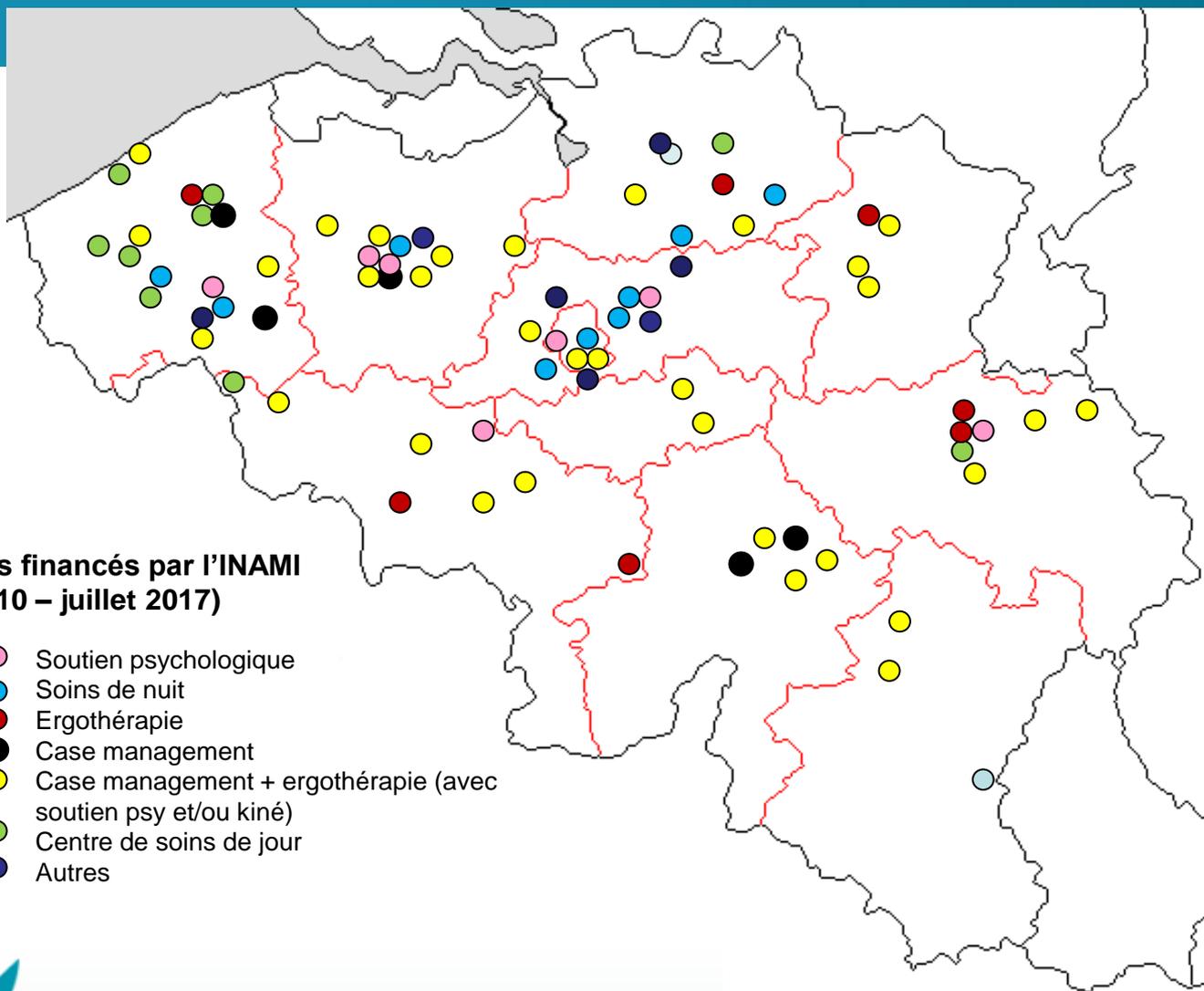
La nouvelle application web BelRAI 2.0 est accessible aux praticiens d'une profession de soins reconnue officiellement en Belgique à partir du 2 JUILLET 2018.

[BelRAI](#)

Remplissage du BelRAI



Projets Pilotes



**86 projets financés par l'INAMI
(mars 2010 – juillet 2017)**

- Soutien psychologique
- Soins de nuit
- Ergothérapie
- Case management
- Case management + ergothérapie (avec soutien psy et/ou kiné)
- Centre de soins de jour
- Autres



BUT PRINCIPAL DES INTERVENTIONS EN BELGIQUE:

Permettre à la personne âgée fragile de **rester à son domicile:**

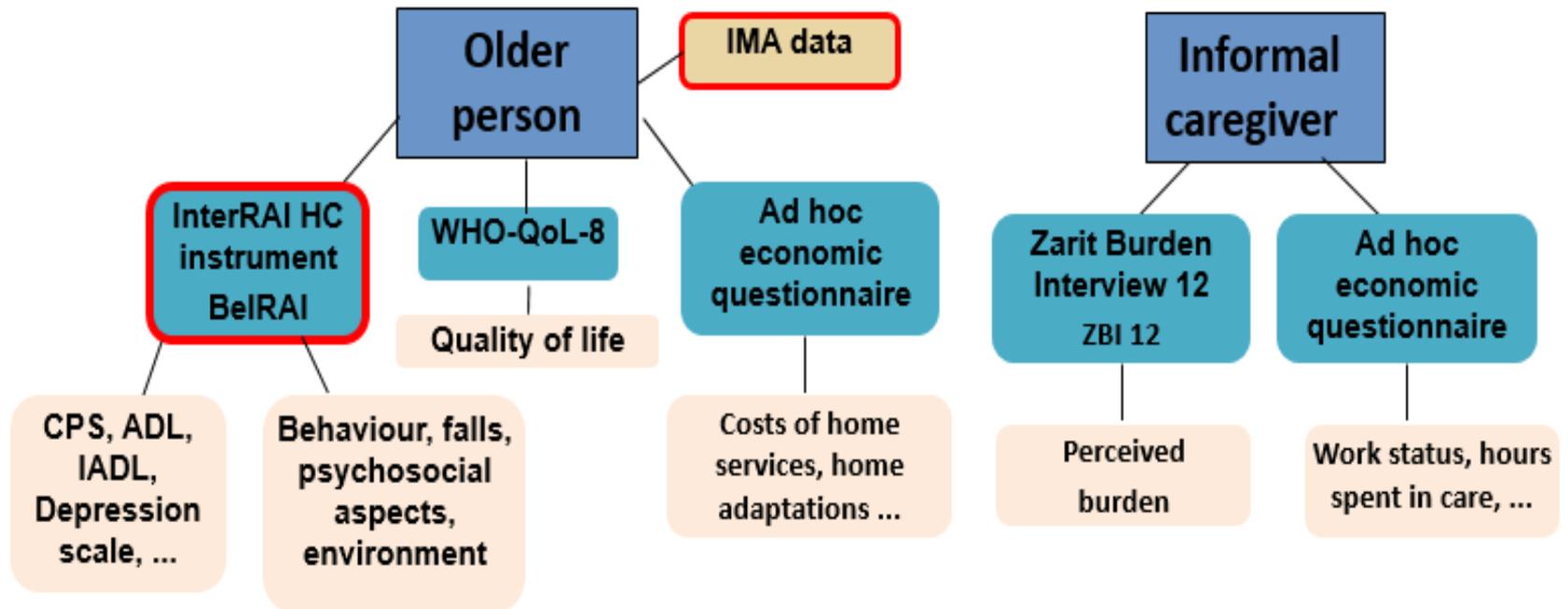
- **Prévenir l'institutionnalisation** des gens âgées,
- Maintenir une bonne **qualité de vie** et **faible fardeaux** pour l'aidant informel

Question principale



**Comment on peut utiliser l'instrument BelRAI pour
donner de l'aide efficace aux gens âgées et
Comment évaluer les interventions?**

Instruments et Données dans l'étude



L'évaluation de projets

- Systématique
- Remplissage du BELRAI chaque 6 mois pour tous les gens âgés



Besoin des données valides



Les données utilisés

- interRAI échelles:

AVQ (échelle des Activités de la vie quotidienne)

AIVQ (échelle des Activités instrumentales de la vie quotidienne,

CPS (échelle de la Cognition)

DRS (échelle de la Dépression)

MAPLE (échelle du risque d'institutionnalisation)

- CAPs

Chutes

Malnutrition

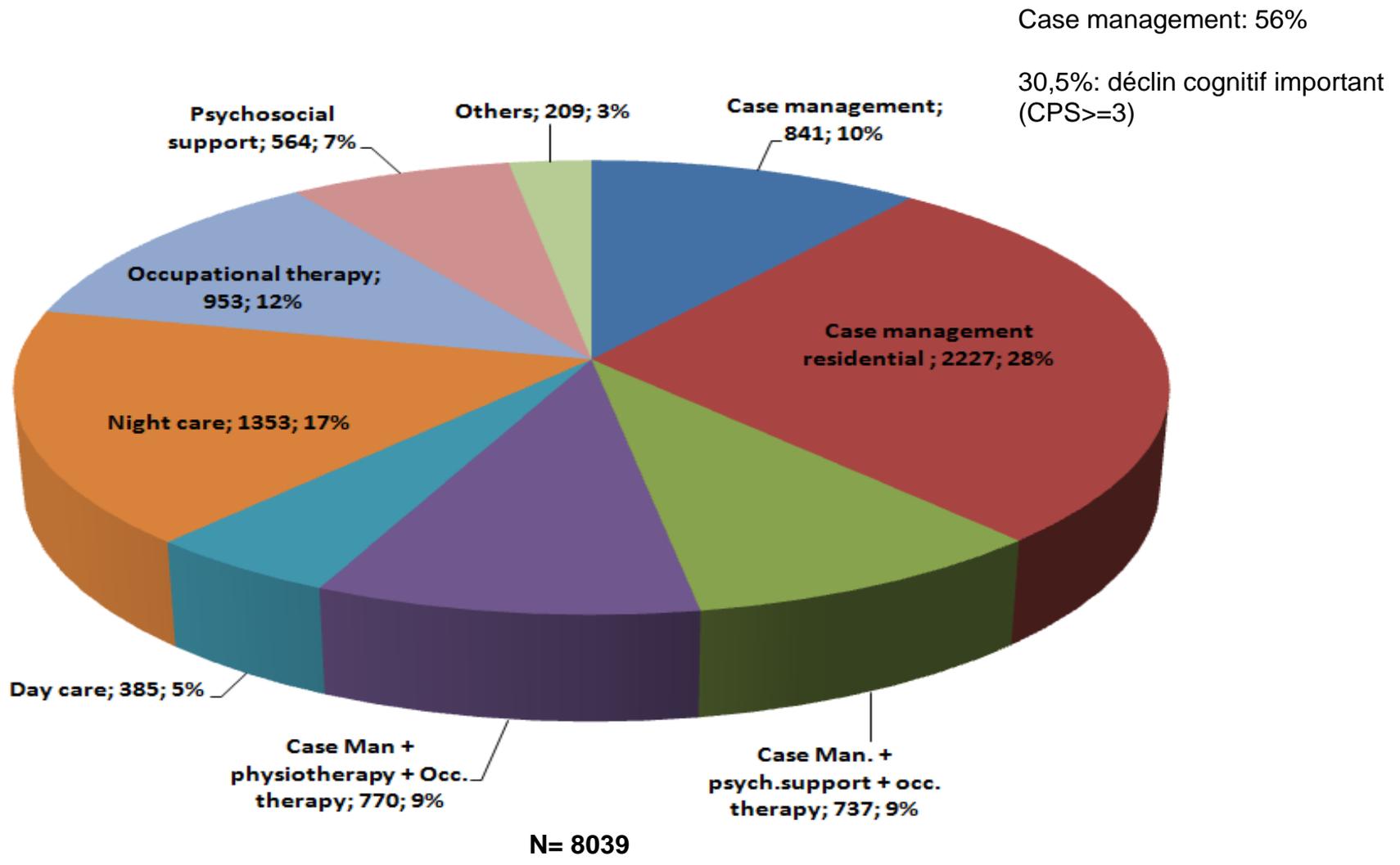
Incontinence

Troubles du comportement

Optimalisation de l'environnement à domicile

Support informel, relations sociales

Population de l'étude



- Groupe d'intervention x groupe contrôle
- Comparaison des outcomes: institutionnalisation, chutes, comportement, dépression, utilisation des services
- Stratification de la population en différents profils de dépendance: données du BELRAI (AIVQ, AVQ, CPS)

Résultats – Institutionnalisation



Table 2. Relative Risk of Institutionalization and Death at 6 Months for Frail Older People in the Intervention and Comparison Groups

STRATIFICATION iHC →

Type of Intervention	Institutionalization				Death			
	Mild Impairment		Moderate to Severe Impairment		Mild Impairment		Moderate to Severe Impairment	
	n = 1,999	RR (95% CI)	n = 2,608	RR (95% CI)	n = 1,999	RR (95% CI)	n = 2,608	RR (95% CI)
Case management								
With psychological support and OT	249	0.1 (0.1–0.7) ^a	187	1.1 (0.5–2.4)	249	No death occurred	187	1.0 (0.4–2.4)
With OT and physiotherapy	126	0.2 (0.1–1.2)	256	0.9 (0.4–1.8)	126	0.7 (0.2–2.0)	256	0.7 (0.4–1.2)
With rehabilitation	832	0.4 (0.2–0.7) ^a	464	0.7 (0.4–0.9) ^a	832	1.2 (0.9–1.8)	464	0.8 (0.5–1.2)
With OT for older persons with visual impairment	117	0.1 (0.1–0.5) ^a			117	0.7 (0.2–2.3)		
With OT	302	0.2 (0.1–0.7) ^a	426	0.9 (0.5–1.8)	302	0.9 (0.5–1.7)	426	0.9 (0.7–1.5)
OT alone	187	0.7 (0.1–0.9) ^a	220	0.2 (0.1–0.6) ^a	187	1.1 (0.5–2.3)	220	0.5 (0.2–1.1)
Psychological support		No institutionalization occurred	122	0.3 (0.1–1.0)	186	0.2 (0.1–1.3)	122	0.6 (0.2–1.7)
Day care			232	0.7 (0.4–1.2)		–	232	0.3 (0.1–0.7) ^a
Night care at home								
With full supervision			473	1.4 (1.1–1.9) ^a			473	2.0 (1.5–2.8) ^a
For several frail older persons			228	0.5 (0.2–1.1)			228	0.7 (0.4–1.4)

Controlled for age, gender, activity of daily living, Cognitive Performance Scale, and interRAI Depression Scale scores at baseline.

^aP < .001.

RR = relative risk; CI = confidence interval; OT = occupational therapy.

Résultats – Chutes



Table 3
Logistic Regression Model for Impact of Home Care Interventions on Risk of Falling, Sample 2 (n = 1,406)

Independent variable	Odds ratio [Confidence interval]
Home modifications (n = 180)	0.46 [0.23, 0.91]*
People with walking aid materials	0.65 [0.32, 1.33]
CAP Falls	1.33 [0.57, 3.09]
Informal caregiver lives with client	1.84 [0.93, 3.61]
McFadden's adjusted R ² = .624	
Home modifications with	
Case management (n = 249)	0.39 [0.21, 0.69]**
People with walking aid materials	0.86 [0.48, 1.54]
CAP Falls	2.56 [1.23, 5.31]**
Informal caregiver lives with client	1.04 [0.59, 1.85]
McFadden's adjusted R ² = .698	
Other programs (no home modifications) (n = 977)	1.20 [0.69, 2.04]
People with walking aid materials	1.98 [1.43, 2.77]***
CAP Falls	1.46 [0.88, 2.42]***
Informal caregiver lives with client	0.58 [0.41, 0.82]**
McFadden's adjusted R ² = .712	

Note. CAP = Clinical Assessment Protocol.

*p < .05. **p < .005. ***p < .001.

Synthèse des résultats des projets

	Profil du client	Total Coût / instit.	Projet coût / instit.	INAMI Coût / Institut.	Change Coût N.P.S.	Bénéfic. Coût / instit.	OR DRS	OR ADL	OR IADL
CM & rev	M	*	*	*	↗*	*	0.38*	0.1*	0.22*
	L	*	*	*	NS	*	0.25*	0.3*	NS
CM ergo	M				↗*		NS	NS	NS
	L	*	*	*	NS	*	NS	NS	NS
CM déf. visuels	M	*	*	*	NS	*	0.39*	NS	NS
CM ergo & kiné	M				↗*		NS	2.33*	NS
	L				NS		0.25*	NS	NS
CM psy	M				NS		NS	NS	NS
	L	*	*	*	NS	*	0.36*	NS	NS
CM & résid	L	*	*	*	NS	*	0.59*	NS	NS
Ergo	M	*	*	*	↗*	*	NS	NS	NS
	L	*	*	*	↗*	*	NS	NS	NS
Psy seul	M				NS		NS	NS	NS
Centre de soins de jour	L				↗*		NS	NS	NS
Night care one/prov	L	*	*	*	↗*	*	NS	NS	NS
Night care sev/provider	L				NS		NS	5*	NS

STRATIFICATION interRAI HC

M: besoins d'assistance moyens
L: besoins d'assistance lourds

*

Statistiquement significatif

NS

Statistiquement non-significatif

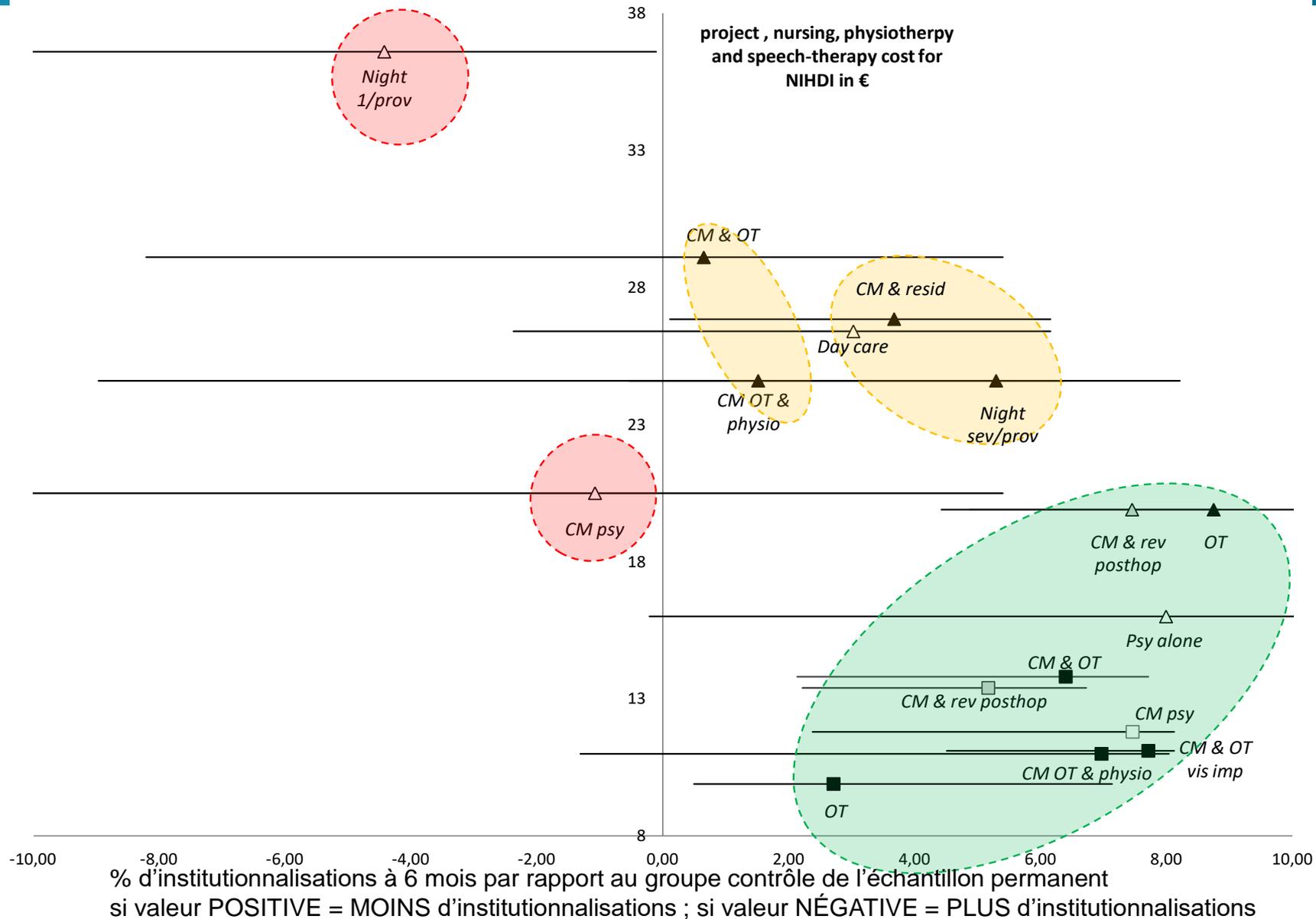
N.P.S.

Soins infirmiers, de kinésithérapie et de logopédie

OR ADL

Odds ratio ADL ≥ 3 lors de la 2^{ème} mesure

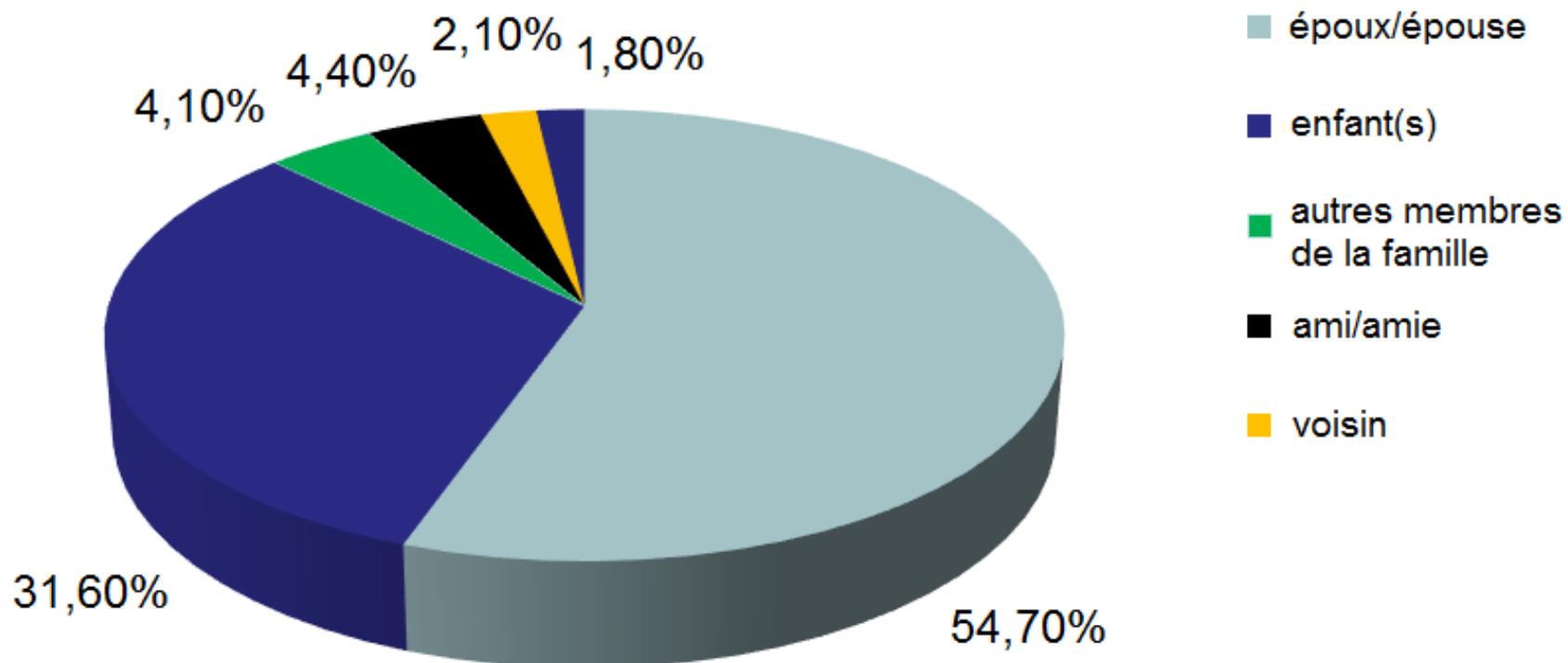
Institutionnalisation définitive par rapport au coût



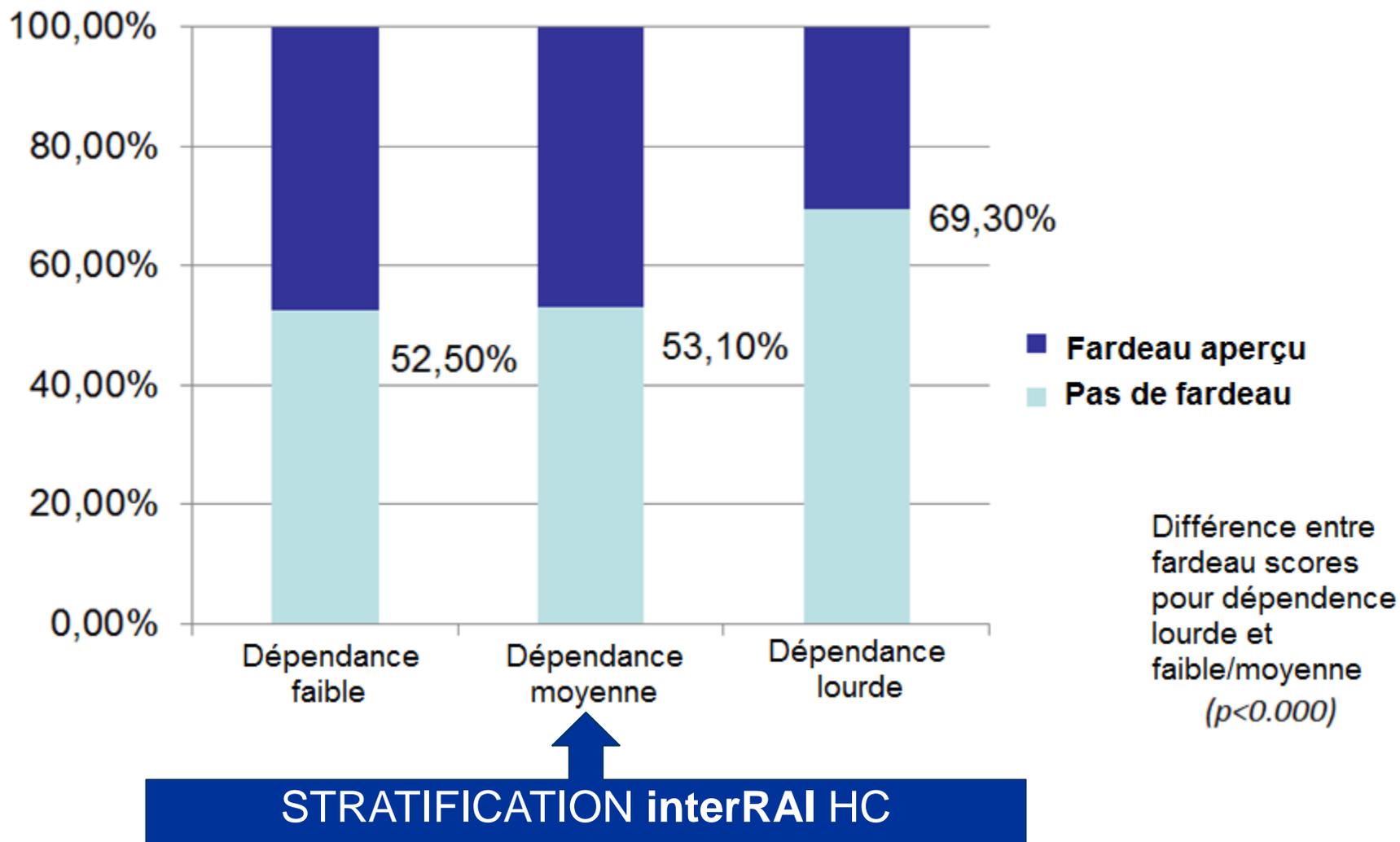
Résultats du case management: Utilisation des services

- **Démarrage** des soins pour les personnes âgées: souvent les services de l'**aide ménagère, de l'aide soignante ou de soins infirmiers**
- **Démarrage** des services de **Centre de soins de jour (CAT en Suisse)** pour les personnes avec déclin cognitif
- **Diminution** de visites aux **services d'urgence** et aux **médecin généraliste hors d'heures de service**

Aidant Informel

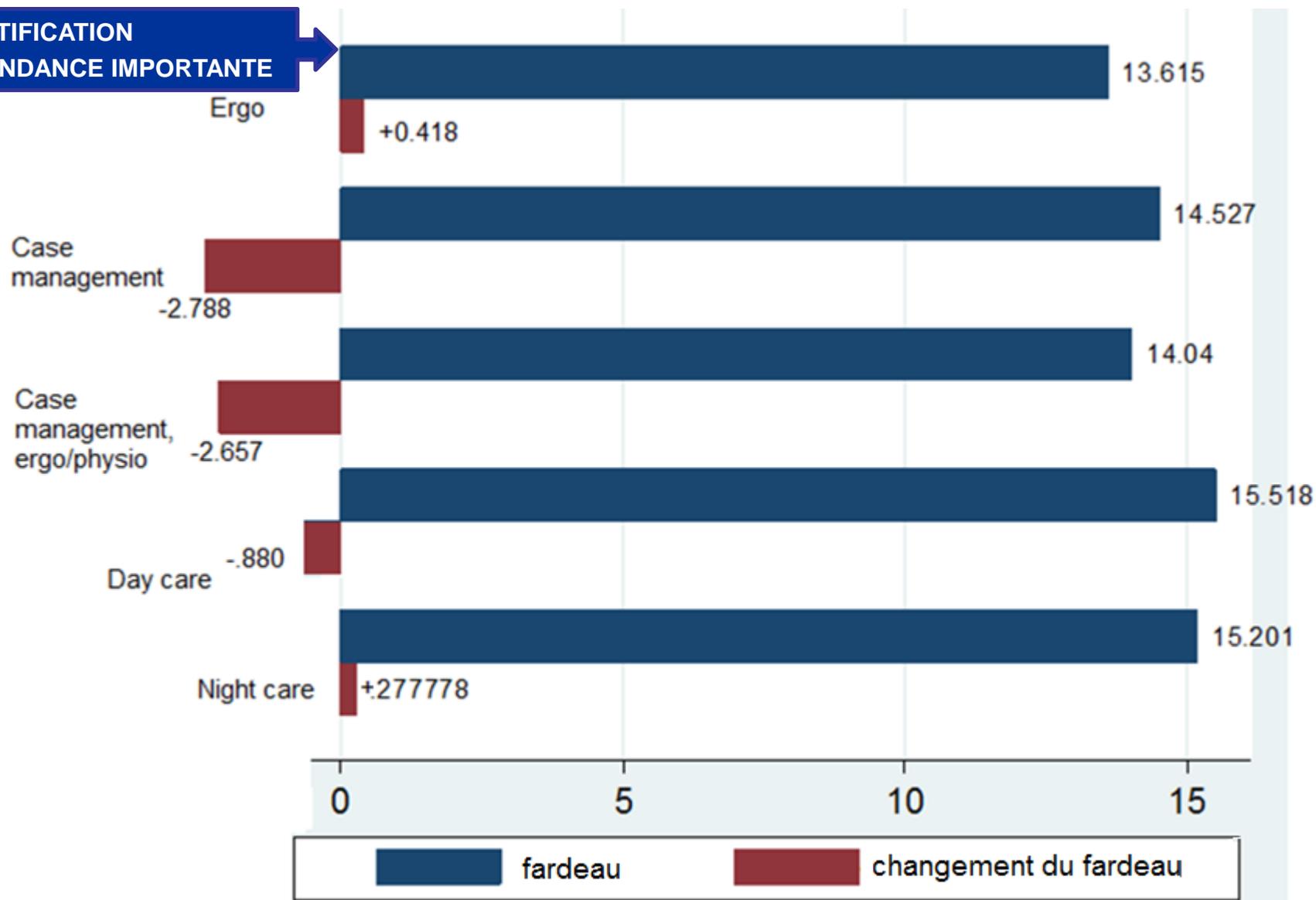


Fardeau Aidant Informel (Zarit)



Effet sur le Fardeau Aidant Informel (Zarit)

**STRATIFICATION
 DEPENDANCE IMPORTANTE** →



Implementation du BeIRAI en Belgique

- À domicile: **BeIRAI Screener** – détection des cas le plus tôt possible
- **5 domaines:** AIVQ, AVQ, Cognition, Troubles de comportement, problèmes socio-psychologiques
- Surtout pour démarrer l'aide à domicile

Études de cas

Madame Jaune – 83 ans	Monsieur Bleu – 81 ans	Madame Blanche – 82 ans
Vit seule depuis 3 ans	Vit seul depuis 5 ans / maison non-adaptée	Vit avec son époux
Pas des problèmes cognitifs CPS=0 (0-6)	Problèmes cognitifs débutants CPS=1 (0-6)	Problèmes cognitifs importants CPS=3 (0-6)
Mobilité normale	Mobilité limitée par une chute	Mobilité normale
AVQ=1 (0-6) Performance IAVQ=10 (0-48): aide pour faire des courses et nettoyage	AVQ=2 (0-6) Performance IAVQ=24 (0-48): aide pour faire des courses, nettoyage, prise des médicaments et transport.	AVQ=3 (0-6) Performance IAVQ=35 (0-48): aide pour presque tous les IAVQ
Pas de troubles de comportement	Parfois agressif avec les voisins, symptômes de dépression DRS=6 (0-14)	Pas de troubles de comportement
En bonne santé physique	Problèmes de pression artérielle (hypertension) et équilibre	Diabète type 2, déshydratation
Pas d'incontinence	Pas d'incontinence	Incontinence urinaire: accidentelle

Études de cas

Madame Jaune – 83 ans	Monsieur Bleu – 81 ans	Madame Blanche – 82 ans
<p>BeIRAI Screener: aucun CAP ne peut être calculé</p>	CAP Activités	CAP Incontinence urinaire
	CAP Aidant informel	CAP Déshydratation
	CAP Chute	CAP Aidant informel
	CAP Cognition	CAP AVQ
	CAP AVQ	CAP Risque d'institutionnalisation
	CAP Troubles de Comportement CAP Troubles de l'humeur	CAP Activités
	CAP Environnement à domicile	
	MAPLE (risque d'institutionnalisation) =3	MAPLE=4

Études de cas

Madame Jaune – 83 ans	Monsieur Bleu – 81 ans	Madame Blanche – 82 ans
Pas de gestion de cas	Gestion de cas d'intensité importante	Gestion de cas d'intensité plus importante
1 visite par 6 mois	2 visites par mois, pendant 6 mois	2-3 visites par mois, pendant au minimum 6 mois
BeIRAI Screener	BeIRAI Home Care complet	BeIRAI Home Care complet
Pas de plan de soins. Surtout pour démarrer l'aide à domicile	Plan de soins en multidisciplinarité.- concertation	Plan de soins en multidisciplinarité, aussi avec le médecin - concertation.
Suivi faible	Suivi important, coordination de soins	Suivi important, coordination de soins
Assistant social	Gestionnaire de cas + infirmière + kine + ergo + psy	Gestionnaire de cas + infirmière + ergo + médecin/gériatre

Études de cas – Après 6 mois

Madame Jaune – 83 ans	Monsieur Bleu – 81 ans	Madame Blanche – 82 ans
<p>BeIRAI Screener:</p> <p>Aucun CAP peut être calculé</p>	CAP Activités	CAP Incontinence urinaire
	CAP Aidant informel	CAP Déshydratation
	CAP Chute	CAP Aidant informel
	CAP Cognition	CAP AVQ
	CAP AVQ	CAP Risque d'institutionnalisation
	CAP Troubles de Comportement CAP Troubles de l'humeur	CAP Activités
	CAP Environnement à domicile	
	MAPLE=2	MAPLE=3

= détérioration = amélioration = pas de changement

Conclusion - Les données du BelRAI

- Systématiques
- Valides
- Standardisées – favorisent la multidisciplinarité et continuité de soins

➔ Besoin des données de très bonne qualité pour les soins, le management et pour la recherche (évaluation)

➔ Prendre des bonnes décisions (Evidence Based)



Questions?



MERCI!

Contact:
johanna.mello@kuleuven.be

SAVE THE DATE

World interRAI Conference 2020

3-5 FEBRUARY 2020 LEUVEN, BELGIUM



The website for the 2nd World interRAI Conference: www.worldinterRAI2020.org
The call for abstracts will open on May 15th.

coRAI

Une coordination des soins renforcée
grâce à la Suite interRAI

MERCI ET À BIENTÔT

PROGRAMME CANTONAL coRAI

Info.santepublique@vd.ch

Rapport CMS : https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds298_fr.pdf

Rapport EMS : https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds297_fr.pdf