

DISPOSITIF PILOTE DE DISPENSATION DE SOINS AIGUS DANS LE LIEU DE VIE DES
RÉSIDENTS EN EMS OU À DOMICILE SOUFFRANT DE DÉCOMPENSATION PSYCHIQUE

Rapport de la Direction générale de la santé

ANNEXES

Avril 2019



Direction générale de la santé
BAP - Av. des Casernes 2
1014 Lausanne
021 316 42 00
Info.santepublique@vd.ch

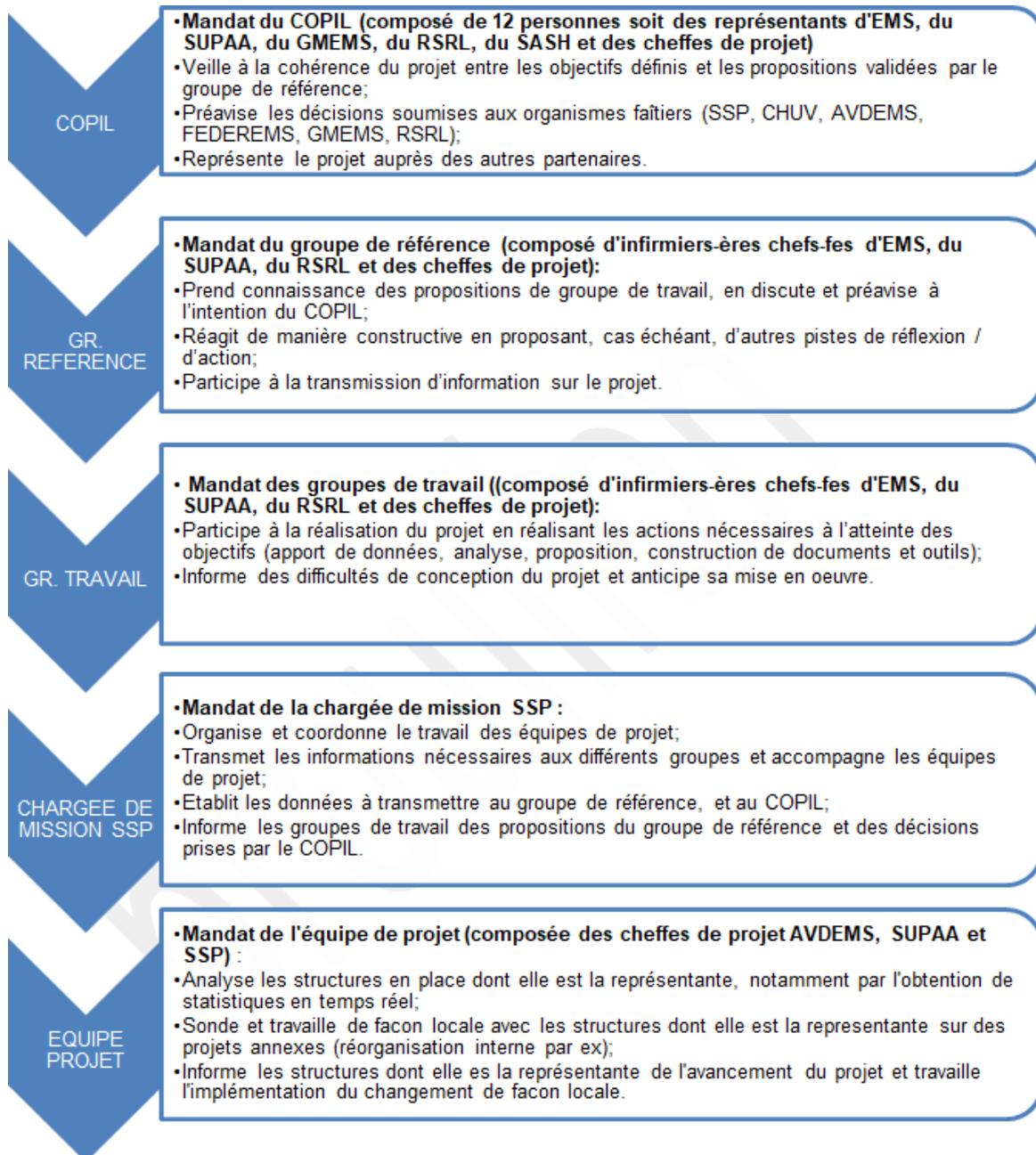
Contenu

1. ANNEXE 1	5
1.1. Mandat du COFIL et des groupes projets, volet EMS	5
1.2. Mandat du COFIL et du groupe de travail, volet CMS	6
2. ANNEXE 2	7
2.1. Flux de traitement de la demande pour le volet EMS	7
2.2. Ensemble des documents élaborés pour le volet EMS	7
3. ANNEXE 3	8
3.1. Flux de traitement de la demande pour le volet CMS	8
3.2. Ensemble des documents élaborés pour le volet CMS	8
3.3. Principes de financement des prestations pour les bénéficiaires vivant à leur domicile	9
4. ANNEXE 4	10
4.1. Méthodologie de récolte de données	10
4.2. Données d'hospitalisation HPAA 2015 – 2018	11
4.3. Suivi des admissions à l'HPAA.....	12
4.4. Délai d'attente à l'HPAA	13
4.5. Lits disponibles à 8h	13
4.6. Patients pris en charge par l'EMPAA.....	14
4.7. Financement de crise 2 ^{ème} semestre 2016 pour les EMS	15
4.8. Financement de crise 1 ^{er} semestre 2017 pour les EMS.....	16
4.9. Financement de crise 2 ^{ème} semestre 2017 pour les EMS	17
4.10. Financement de crise 1 ^{er} semestre 2018 pour les EMS.....	18
5. ANNEXE 5	19
5.1. Questionnaire destiné aux médecins.....	19
5.2. Résultats de l'enquête de satisfaction des médecins, 2017 et 2018, 8 mois.....	20
5.3. Questionnaire destiné aux clients.....	21

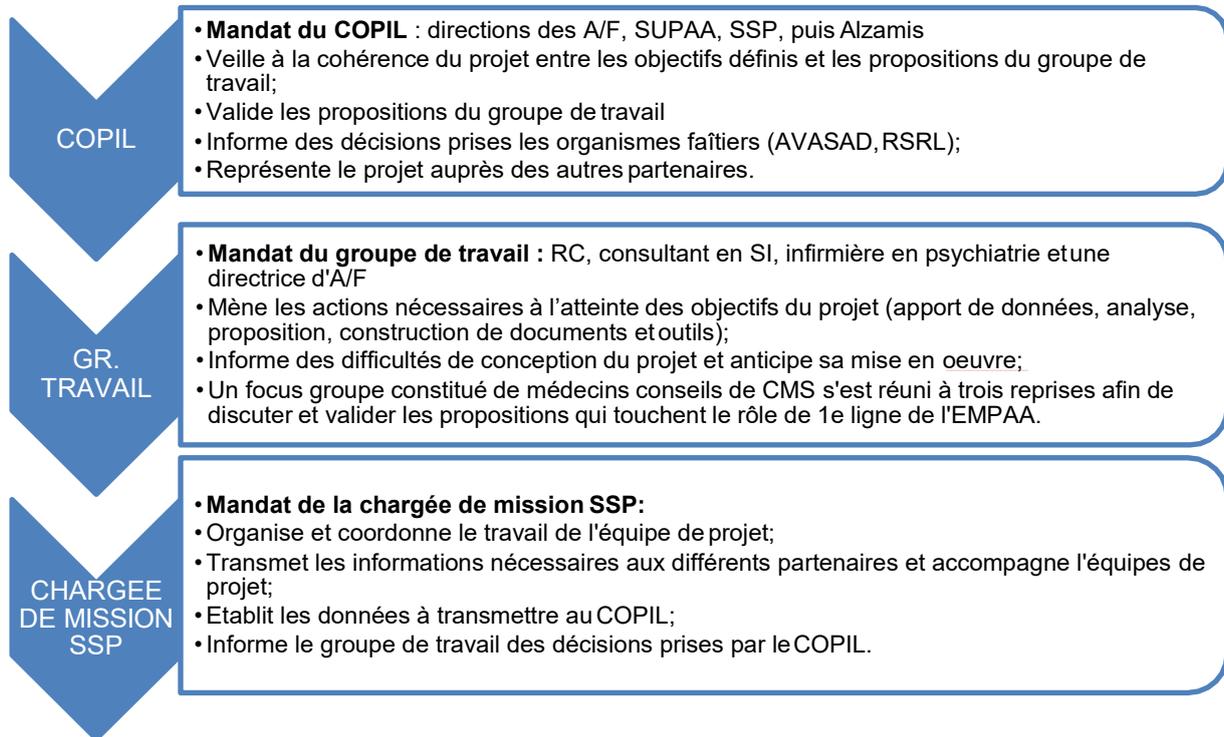
5.4.	Résultats de l'enquête de satisfaction des clients, 2017 et 2018, 8 mois.....	22
6.	ANNEXE 6	23
6.1.	Association Alzheimer-VD, évaluation des prestations alzamis pro	23
6.2.	HAAA, évaluation des prestations alzamis pro	25
7.	ANNEXE 7 : EVALUATION DU DISPOSITIF FAIT PAR HEVIVA	27
8.	ANNEXE 8 : EVALUATION DU DISPOSITIF FAIT PAR L'APREMADOL, L'APROMAD ET LA FSL	39

1. Annexe 1

1.1. Mandat du COPIL et des groupes projets, volet EMS



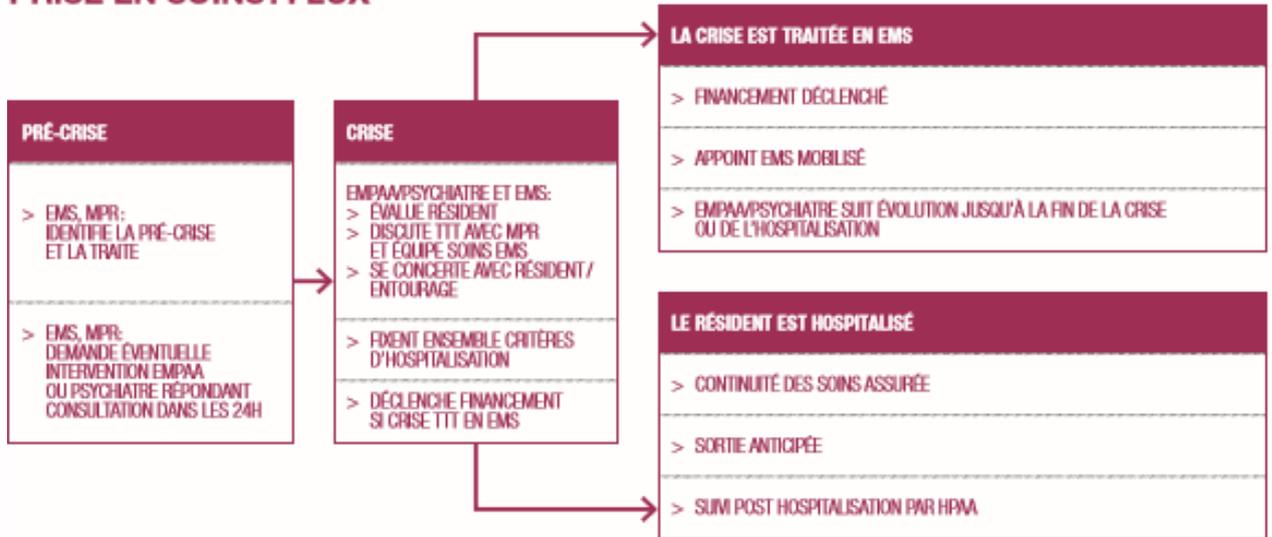
1.2. Mandat du COPIL et du groupe de travail, volet CMS



2. Annexe 2

2.1. Flux de traitement de la demande pour le volet EMS

PRISE EN SOINS: FLUX



L'ensemble de ce processus nécessite, de la part de chacun des acteurs, la volonté de collaborer et de travailler en partenariat.

2.2. Ensemble des documents élaborés pour le volet EMS

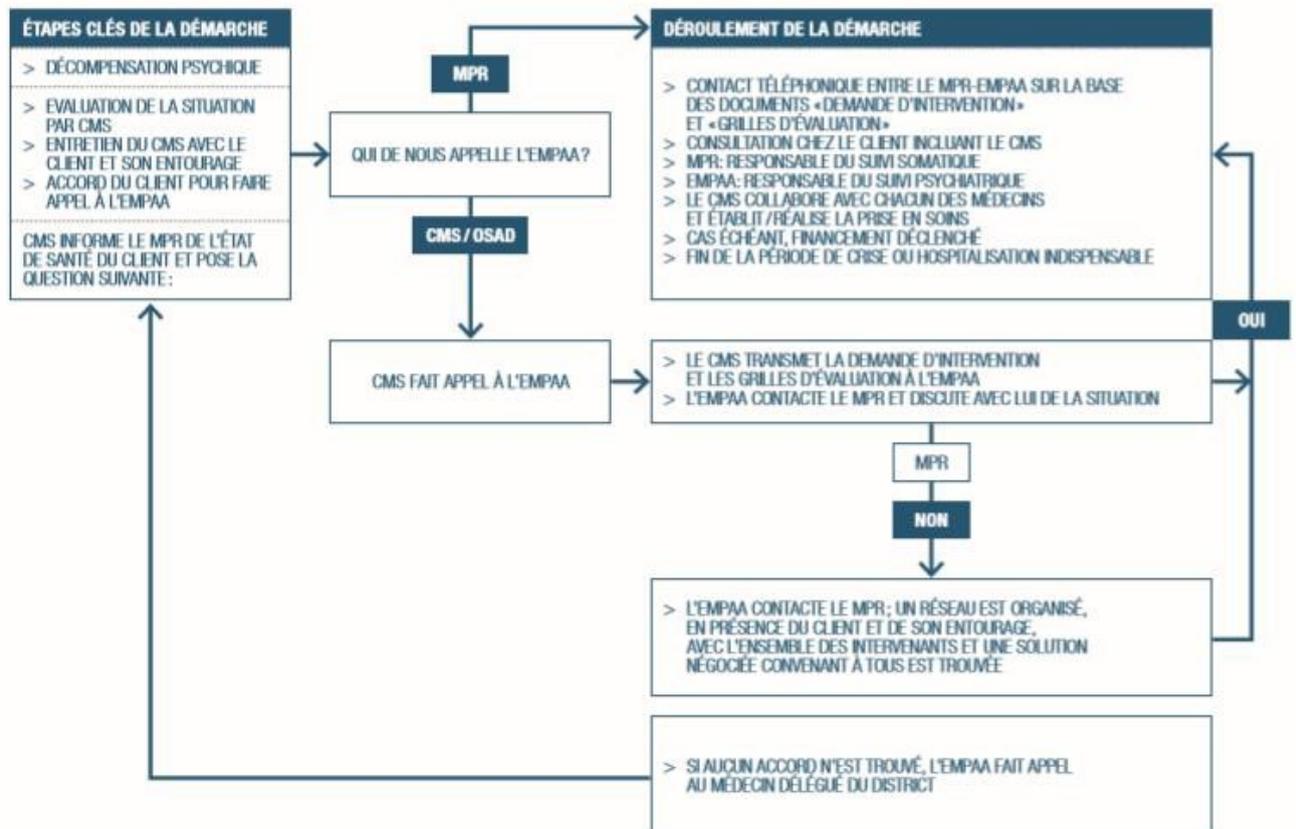
L'ensemble des documents créés et utilisés dans le cadre du projet, ainsi que les documents d'évaluation, sont accessibles sur :

<https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/pour-les-professionnels/supaa-dispositif-pilote-de-dispensation-de-soins-aigus-en-ems-et-en-cms-souffrant-de-decompensation-psychique/ems-supaa/>

3. Annexe 3

3.1. Flux de traitement de la demande pour le volet CMS

À domicile, suivi par CMS / OSAD / ID



L'ensemble de ce processus nécessite, de la part de chacun des acteurs, la volonté de collaborer et de travailler en partenariat.

3.2. Ensemble des documents élaborés pour le volet CMS

L'ensemble des documents créés et utilisés dans le cadre du projet, ainsi que les documents d'évaluation, sont accessibles sur :

<https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/pour-les-professionnels/supaa-dispositif-pilote-de-dispensation-de-soins-aigus-en-ems-et-en-cms-souffrant-de-decompensation-psychique/cms-supaa/>

3.3. Principes de financement des prestations pour les bénéficiaires vivant à leur domicile

Facturation par l'A/F pour les prestations LAMal, de ménage, de veilles, de prestations Alz'amis				
Facturation par l'EMS au SASH pour les prestations SAMS				
L'A/F facture :		Le CMS vérifie	A/F ou EMS : facturation	Coût pour le client :
CMS	Prestations OPAS 7	Sans changement pour le CMS	Sans changement pour l'A/F	Le client paie l'augmentation de la part de 10% liée à l'augmentation du nombre d'heures de soins LAMal Mais S'il était hospitalisé, il devrait payer les 15.- forfait hospitalier
	VEILLES 26.- / heure Sauf si prestations OPAS 7 fact. à la LAMal		Changement d'adresse de facturation : Facture transmise au SSP La question du financement résiduel pour l'A/F pourrait être examinée en trilatérale AVASAD/SSP/SASH	Le client ne paie rien pendant la période de crise
	Ménage	Sans changement pour le CMS		Le client paie le coût prévu (avec ou sans aide individuelle)
Alz'amis	15.- / heure Ou 22.- l'heure et prestation OPAS s'il y a lieu	Sans changement pour le CMS	Changement d'adresse de facturation : Facture transmise au SSP	Le client ne paie rien pendant la période de crise
EMS - CAT de jour	30.- / heure	En cas d'utilisation d'une structure SAMS : <ul style="list-style-type: none"> • Adresse de facturation modifiée : l'EMS envoie ces factures directement au SASH • Le client ne paie rien pendant la période de crise 		
EMS - CAT de nuit	25.- / nuit			
EMS - Courts séjours	60.- / heure			

4. Annexe 4

4.1. Méthodologie de récolte de données

Nous vous indiquons ci-après, pour chaque groupe de données, le type de méthode utilisée.

Les trames des documents d'évaluation vous sont présentés : pour les EMS avec l'annexe 2 et pour les CMS avec l'annexe 3.

EMS	Nombre de financements additionnels demandés, Suivi des heures de collaborateurs mobilisés en renfort dès le financement additionnel déclenché,	Relevé informatique par résident
	Questionnaires de satisfaction informatisés autour de l'intervention et des interactions entre l'équipe mobile et des soignants d'EMS,	Questionnaire google form : Pour les équipes d'EMS Pour l'EMPAA Abandonné en 2017
SUPAA / HPAA	Durée moyenne de séjour, Taux d'occupation des lits, Nombre de patients en attente de lit C de façon mensuelle, Nombre d'admission, Partenaires sollicitant des admissions Lieu de résidence des patients admis, Délai d'attente entre la demande et l'admission, mode d'admission, Présence ou non d'aides à domicile à l'admission et à la sortie	Relevé base de données AXYA et relevé manuel
SUPAA / EMPAA	Nombre total de patients vus mensuellement, Nombre total de patients vus en EMS et à domicile, avec la présence ou non du CMS, Nombre de séances par patient, Durée moyenne de la séance, Durée moyenne du temps de déplacement, Temps moyen de prestations en l'absence, Proportion d'hospitalisation à l'HPAA faite par l'équipe mobile.	Relevé manuel
CMS	Données statistiques d'interventions de l'EMPAA et d'hospitalisations à L'HPAA	Relevé base de données AXYA et relevé manuel (cf ci-dessus)
	Enquête de satisfaction des médecins traitants	Questionnaire papier envoyé à chaque prestataire
	Enquête de satisfaction des clients	Questionnaire papier envoyé à chaque client suivi
	Prestations veilles et présences des Alzamis	Relevé financier mensuel

4.2. Données d'hospitalisation HPAA 2015 – 2018

Concernant les indicateurs de l'HPAA, ces chiffres sont extraits directement depuis la base de données AXYA, qui est un système de recueil basé sur le remplissage du dossier patient électronique.

Années	2015 1 ^{er} sem.	2015 2 ^e sem.	2015	2016 1 ^{er} sem.	2016 2 ^e sem.	2016	2017 1 ^{er} sem.	2017 2 ^e sem.	2017	2018 1 ^{er} sem.
Nb de lits	69	60		60	50		50	50		50
Nb total hosp. (réhosp, lits C, etc)	225	212	437	217	201	418	214	177	391	196
Hosp. du domicile	173	155		152	136		127	101		129
Hosp. des EMS RSRL	43	54	97	48	29	77	37	39	76	47
hosp. autre/ sans info	9	3		17	36		50	37		20
hosp. hors secteur	69	58		57	61		65	34		52
DS: moyenne	42,3	43,3		40,7	37,4		35,5	36,86		37,3
DS: médiane	31	29,0		30	26		27	33		30
Taux d'occupation	91,3	91,1		92,4	94,6		95,8	96,5		93,9
Nb jours hosp.	11'281	9'910		10'028	10'164		8'721	8'870		8'497
Nb patients attendes lits C	--	--		9,9	10,6		9	13,8		9,1
Nombre lits inadéquats	7,6	7,0		7,5	9,6		7,6			7,1

4.3. Suivi des admissions à l'HPAA

Ce tableau décrit les divers adresseurs de patients à l'HPAA en pourcentage. Ces données sont relevées sur le plan semestriel, dès la mise en place de la nouvelle équipe mobile soit au second semestre 2015, ce jusqu'au premier semestre 2018 inclus. Les diverses unités du SUPAA adressant des patients à l'HPAA sont volontairement différenciées afin de pouvoir monitorer au mieux l'évolution de chaque unité en lien avec la réorganisation interne au SUPAA dans le cadre du projet de l'EMPAA.

ADRESSEURS	2^{ème} sem 2015	2^{ème} sem 2016	1^{er} sem 2017	2^{ème} sem 2017	1^{er} sem 2018
Liaison CHUV	37%	36%	41%	31%	28%
Équipe mobile	6%	10%	16%	19%	19%
Liaison EMS	2%	1%	3%	2%	1%
CAPAA	3%	1%	3%	1%	2%
CHUV	4%	1%	3%	7%	4%
Médecin traitant	18%	8%	5%	8%	11%
Médecin de garde de ville	2%	3%	5%	1%	2%
Med EMS	Non relevé	2%	1%	2%	2%
Psychiatre traitant	5%	6%	5%	8%	11%
Urgences	1%	1%	0%	0%	1%
Autres	1%	5%	4%	3%	1%
Secteur Est	4%	7%	5%	3%	12%
Secteur Ouest	5%	6%	5%	6%	6%
Secteur Nord	11%	14%	12%	12%	12%
Justice de Paix	1%	2%	2%	1%	Non relevé

4.4. Délai d'attente à l'HPAA

Le délai d'attente suit le laps de temps entre de la demande d'admission et l'arrivée du patient sur site. Lors de la création des indicateurs, il était important de pouvoir suivre d'éventuelles répercussions de la fermeture des lits sur la pression des admissions et l'attente des patients en nécessité de soins à l'extérieur de l'hôpital.

DELAI ATTENTE	année 2015	2^{ème} sem 2016	1^{er} sem 2017	2^{ème} sem 2017	1^{er} sem 2018
Le jour-même	65%	76%	79%	75%	82%
1 jour	24%	13%	10%	14%	6%
2 jours	4%	1%	4%	3%	3%
3 jours	2%	4%	2%	2%	1%
4 jours et plus	5%	6%	5%	6%	8%

4.5. Lits disponibles à 8h

Concernant le nombre de lit disponible à 8h à l'HPAA, un monitoring régulier a été mis en place pour avoir une meilleure visibilité des disponibilités en termes d'accueil des patients. Ce tableau ne prend pas en compte les disponibilités du week-end et des jours fériés et se base sur un relevé quotidien et manuel par l'infirmier d'accueil et d'orientation de l'HPAA des places disponibles lors du colloque de 08h.

Nombre de lits disponible	Année 2015	2^{ème} sem 2016	1^{er} sem 2017	2^{ème} sem 2017	1^{er} sem 2018
Aucun lit	10%	12%	23%	23%	14%
1 lit	8%	27%	25%	24%	15%
2 lits	20%	17%	19%	15%	15%
3 lits	14%	15%	12%	12%	13%
4 lits et plus	45%	29%	10%	14%	33%
Lit(s) surnuméraire(s)	3%	0	11%	12%	10%

4.6. Patients pris en charge par l'EMPAA

	2^{ème} sem 2016 60 lits 4 binômes, liaison	1^{er} sem 2017 60 lits 4 binôme, liaison	2^{ème} sem 2017 50 lits 4 binômes, liaison	1^{er} sem 2018 50 lits 4 binômes, liaison
N situations – nouveaux cas	171	180	197	206
En EMS	82	67	95	91
Hospitalisation à HPAA (depuis EMS)	9	12	19	15
Domicile (avec / sans CMS)	80	103	93	114
Domicile sans CMS	37	31	16	27
Domicile avec CMS	43	72	77	87
Lieu de vie-autres	9	10	9	1

4.7. Financement de crise 2^{ème} semestre 2016 pour les EMS

Nous avons dénombré au total 17 financements pour le 2^{ème} semestre 2016, et dont il a été possible de récupérer les documents de suivis. Le tableau présenté en annexe 2.6 donne une représentation de la répartition de dépenses, ainsi que du coût global de la gestion de la crise en EMS, que le résident ait été maintenu ou non dans l'institution.

Sur les 17 financements alloués, il faut relever que les dépenses moyennes par cas sont de Fr 2'148,00 répartis comme suit : Fr 413,10 sont en moyenne alloués pour le cout infirmier de suivi de crise, Fr 2'386,90 sont dépensés en renfort infirmier, Fr 2'247.30 sont utilisés pour les renforts en aide.

Dans la réalité ces montants s'échelonnent entre Fr 158,90 pour une situation sur la gestion complète de la crise à Fr 4'975,5 pour la crise nécessitant le plus de renfort. Il n'y a que 2 situations où un renfort infirmier a été mis en place, contre 11 situations dans lesquelles des aides ont été appelées en renfort.

Le cout au second semestre 2016 pour le SASH est de Fr 26'188,80.

Cas 2eme semestre 2016	Coûts infirmier suivi crise	Coûts infirmiers renfort	Coûts aides renfort	Coûts ASSC renfort	Montant total gestion crise
Financements					
F - 1	718,3		3'034.9		3'753,2
F - 2	508,6	858,2	539,9		1'906,6
F - 3	429,10		3'903,8		4'332,9
F - 4	158,9				158,9
F - 5	762,8		1'578,1		2'340.9
F - 6	317,85	3'915,6			4'233.5
F - 7	423,8		3'883,1		4'306,9
F - 8	397,3				397,3
F - 9	233,0				233,0
F - 10	651,6		855,5		1'507,1
F - 11	323,1				323,1
F - 12	339,0				339,0
F - 13	222,5		4'753,0		4'975,5
F - 14	317,8		622,9		940,8
F - 15	317,8		1'827,3		2'145,2
F - 16	497,9		1'581,6		2'079,6
F - 17	402,6		2'140,4		2'542,9
Dépenses Moyenne	413,1	2'386,9	2'247,3	0.00	2'148,0

4.8. Financement de crise 1^{er} semestre 2017 pour les EMS

Sur 2017, nous relevons au total 55 financements, dont 41 ont pu être documentés. La durée de la crise reste globalement stable entre le 1^{er} et le 2^{ème} semestre 2017. Les deux tableaux présentés en annexe 2.7 et 2.8 permettent de suivre le détail des sommes dépensées pour assurer la gestion de la crise en EMS, ainsi que les durées de crise pour chaque situation.

Sur les 41 financements alloués, il faut relever que les dépenses moyennes par cas sont de Fr 5'095.20 sur le premier semestre 2017 et Fr 4'080,10 pour le second semestre 2017. Ces financements sont répartis comme suit : Fr 1'287,20 pour le 1^{er} semestre 2017 et Fr 557,90 pour le second semestre sont en moyenne alloués pour le cout infirmier de suivi de crise, Fr 1'518,40 au 1^{er} semestre et Fr 3'232.20 pour le 2nd semestre sont dépensés en renfort infirmier, Fr 3'311,8 au 1^{er} semestre et Fr 4'130,70 pour le 2nd semestre sont utilisés pour les renforts en aide. On voit apparaître en 2017 le renfort par du personnel ASSC, pour un montant de Fr 472,60 au 1^{er} semestre et Fr 1'057,60 au second semestre.

Dans la réalité ces montants s'échelonnent entre Fr 578,40 pour une situation sur la gestion complète de la crise (durée 1 jour) à Fr 15'499,60 (durée 138 jours) pour la crise nécessitant le plus de renfort. Il n'y a que 14 situations où un renfort infirmier a été mis en place, contre 40 situations dans lesquelles des aides ont été appelées en renfort. Le renfort ASSC a été mis en place dans 13 situations de crise

La durée de la crise sera en moyenne de 31.8 jours au 1^{er} semestre puis 25.7 jours au second semestre, avec des crises allant de 1 à 138 jours.

Le cout sur l'année 2017 pour le SASH est de Fr 181'515,64.

Cas 1 ^{er} sem 2017	Coûts infirmier suivi crise	Coûts infirmiers renfort	Coûts aides renfort	Coûts ASSC renfort	Montant total gestion crise	Durée crise
F - 1	286,1		2'740,9		3'027,0	7
F - 2	233,1		2'633,7		2'866,8	6
F - 3	750,1		124,6		874,7	45
F - 4	9059		3'986,9		4'892,7	48
F - 5	280,8		1'993,4		2'274,2	20
F - 6	301,9		6'754,4		7'047,4	9
F - 7	74,2		1'495,1		1'569,2	63
F - 8	810,5	1'919,4	4'233,1	704,9	7'667,9	29
F - 9	349,6	1'478,7	2'368,0	183,4	4'379,8	15
F - 10	678,1	1'211,9	8'084,3	547,7	10'522,0	24
F - 11	153,6	954,9	1'861,2	104,8	3'074,5	4
F - 12	582,7		7'329,9		7'912,7	28
F - 13	286,1		3'070,9	822,1	3'357,0	7
F - 14	95,4	508,6	1'370,5		2'796,5	9
F - 15	333,7		4'739,8		5'073,6	61
F - 16	12'952,4		2'547,2		15'499,6	138
F - 17	2'807,7		975,9		3'783,6	28
Dépenses Moyenne	1'287,2	1'518,4	3'311,8	472,6	5'095,2	31,8

4.9. Financement de crise 2^{ème} semestre 2017 pour les EMS

Cas 2 ^{ème} sem 2017	Coûts infirmier suivi crise	Coûts infirmiers renfort	Coûts aides renfort	Coûts ASSC renfort	Montant total gestion crise	Durée crise
F - 18	270,2	52,9	1'712,7		2'035,9	41
F - 19	418,5	158,9	2'326,5		2'903,9	42
F - 20	1'019,2	0	741,0		1760,2	5
F - 21	275,5	127,1	9'907,9	86,9	10'397,44	14
F - 22	386,7	0	1'329,0		1'715,7	34
F - 23	291,4	849,5	2'281,3		3'422,2	8
F - 24	1'425,0	476,8	4'184,2	288,3	6'374,3	28
F - 25	349,6	2'956,0	0	2'204,1	5'509,7	29
F - 26	233,1	2'897,2	3'664,3	448,9	7'243,5	38
F - 27	0	120	591,3	52,4	763,7	21
F - 28	196,0	0	5'407,6		5'603,6	21
F - 29	540,3	0	5'524,4		6'064,7	57
F - 30	460,9	0	839,1		1'299,9	42
F - 31	196,0	0	5'407,6		5'603,6	50
F - 32	307,3	0	830,6		1'137,9	44
F - 33	105,9	0	1'817,7		1'923,7	2
F - 34	158,9	1'303,2	508,7	391,0	2'361,9	30
F - 35	222,5	0	3'745,7		3'968,2	12
F - 36	196,0	0	3'505,5	1'137,6	4'839,1	11
F - 37	79,5	0	5'824,6		5'904,0	20
F - 38	238,4	0	340,0		578,4	1
F - 39	95,4	0	2'398,4		2'493,7	6
F - 40	556,2	3'987,1	6'461,8	678,9	11'684,0	22
F - 41	1'462,1		872,1		2'334,2	38
Dépenses Moyenne	557,9	3'232,2	4'130,7	1'057,6	4'080.1	25,7

4.10. Financement de crise 1^{er} semestre 2018 pour les EMS

Sur le 1^{er} semestre 2018, nous relevons au total 19 financements, dont 11 ont pu être documentés. Le tableau présenté en annexe 16 permet de suivre le détail des sommes dépensées pour assurer la gestion de la crise en EMS, ainsi que les durées de crise pour chaque situation.

Sur les 11 financements alloués, il faut relever que les dépenses moyennes par cas sont de Fr 4'779,52 sur le premier semestre 2018. Ces financements sont répartis comme suit : Fr 312,07 sont en moyenne alloués pour le cout infirmier de suivi de crise, Fr 1'277,39 sont dépensés en renfort infirmier, Fr 3'684,05 sont utilisés pour les renforts en aide. Le renfort par du personnel ASSC correspond à un montant de Fr 557,61.

Dans la réalité ces montants s'échelonnent entre Fr 1'070,69 pour une situation sur la gestion complète de la crise (durée 147 jours) à Fr 8'621,10 (durée 22 jours) pour la crise nécessitant le plus de renfort. Il n'y a que 5 situations où un renfort infirmier a été mis en place, contre toutes les situations dans lesquelles des aides ont été appelées en renfort. Le renfort ASSC a été mis en place dans 4 situations de crise

La durée de la crise sera en moyenne de 56 jours avec des crises allant de 8 à 147 jours.

Le cout sur pour le 1^{er} semestre 2018 pour le SASH est de Fr 52'574.73.

	couts infirmier suivi crise	couts infirmiers renfort	couts aides renfort	couts ASSC renfort	Montant total gestion crise	durée de crise
financement 1	111.25	0	2332.62	0	2443.87	33
financement 2	111.25	2425.95	3815.69	375.97	6728.86	23
financement 3	158.93	1916.74	6375.78	169.65	8621.1	22
financement 4	323.15	0	3827.7	0	4150.85	67
financement 5	381.42	0	6603.27	0	6984.69	37
financement 6	127.14	0	2113.44	0	2240.58	8
financement 7	439.69	1758.18	3446.99	187.75	5832.61	29
financement 8	111.25	0	3363.93	0	3475.18	14
financement 9	344.34	0	4454.09	0	4798.43	124
financement 10	132.44	190.71	747.54	0	1070.69	147
financement 11	1191.94	95.36	3443.53	1497.05	6227.87	111
MOYENNE	312.07	1277.39	3684.05	557.61	4779.52	56

5. Annexe 5

5.1. Questionnaire destiné aux médecins

Dans le cadre de ce dispositif pilote, qui vise à prévenir les décompensations et les hospitalisations de patients de plus de 65 ans atteint d'affection psychique, ce bref questionnaire est envoyé à tout médecin faisant appel à l'équipe mobile de l'âge avancé ou au médecin psychiatre de l'un de ses patients. Nous vous remercions de le remplir et de le renvoyer, au moyen de l'enveloppe timbrée, au service de la santé publique.

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ces 3 questions :

1. Les soins proposés lors de cet épisode de décompensation psychique ont permis au patient de rester à domicile (renforcement des interventions médicales, infirmières, présence de jour et de nuit, financement spécifique, numéro d'appel unique, piquet le soir, la nuit et le WE)

OUI

NON

JE NE SAIS PAS

Si votre réponse est NON :

Pourquoi ?

L'intervention a tout-de-même été utile ?

Commentaires :

2. La partage des responsabilités et la collaboration entre EMPAA/médecin traitant et médecin psychiatre se sont déroulées dans le respect des compétences de chacun des acteurs

SATISFAIT

PARTIELLEMENT SATISFAIT

INSATISFAIT

Commentaires :

3. De votre point de vue, l'intégration de l'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé/du psychiatre vous a permis de / a (plusieurs réponses possibles) :

- Bénéficier de l'approche de spécialistes en psychiatrie de l'âge avancé
- Compliqué vos interventions en vous obligeant à les coordonner avec les intervenants
- Vous sentir soulagé grâce au partage de responsabilités
- Simplifié, cas échéant, l'admission du patient à l'HPAA

Commentaires :

5.2. Résultats de l'enquête de satisfaction des médecins, 2017 et 2018, 8 mois

Questions	2017 N = 110/193				2018 N = 111/140			
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Ne sais pas</i>		<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Ne sais pas</i>	
Les soins ont permis le maintien à domicile	59%	31%	10%		61%	23%	17%	
Approche de spécialistes PA	73%	1%	26%		69%	3%	28%	
Complication des interventions	2%	11%	87%		8%	10%	82%	
Soulagement grâce au partage responsabilités	70%	-	30%		55%	4%	41%	
Simplification des admissions à l'HPAA	20%	6%	74%		11%	5%	84%	
	Satisfait	Part. satisfait	<i>Insatisfait</i>	<i>NSP</i>	Satisfait	Part. satisfait	<i>Insatisfait</i>	<i>NSP</i>
Partage des responsabilités	88%	8%	2%	2%	76%	8%	5%	12%

5.3. Questionnaire destiné aux clients

Vous-même / ou l'un de vos proches, a bénéficié de consultations de l'équipe mobile de l'âge avancé et de renforcement des soins à domicile, vous permettant de rester à domicile et de ne pas être hospitalisé. Dans le cadre de ce projet, et afin de pouvoir améliorer nos prestations, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire et de le renvoyer directement, au moyen de l'enveloppe timbrée, au service de la santé publique.

Pouvez-vous répondre brièvement à ces 4 questions :

4. L'ensemble des soins proposés lors de cet épisode de décompensation psychique m'ont permis de rester à domicile

OUI

NON

JE NE SAIS PAS

Commentaires :

5. Les consultations de l'équipe mobile ou de mon psychiatre ont-elles été utiles parallèlement aux soins de mon médecin ?

OUI

NON

JE NE SAIS PAS

Commentaires :

6. Le renforcement des soins (passages plus fréquents, entretiens, présence le jour et/ou la nuit) mis en place par le CMS m'a/nous a convenu

1—.....2.....3—.....4—.....5—.....6—.....7—.....8—.....9.....10¹

Commentaires :

7. Si cela devait se reproduire, je / nous accepterions le même type de soins

OUI

NON

JE NE SAIS PAS

Commentaires :

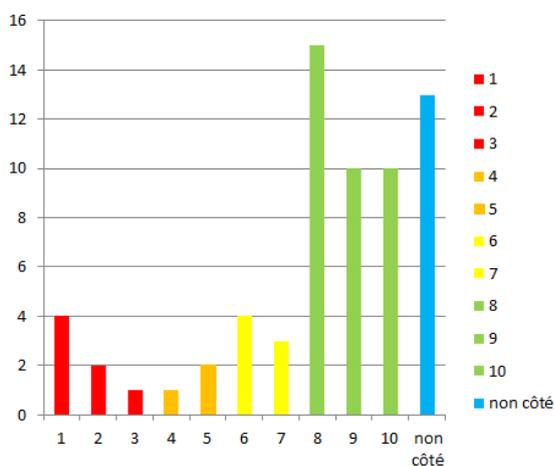
¹ 1=pas du tout satisfait, 10= tout-à-fait satisfait

5.4. Résultats de l'enquête de satisfaction des clients, 2017 et 2018, 8 mois

	2017 : 64 questionnaires/193, soit 32.6% de réponses				2018, 8 mois : 64 questionnaires/ 140, soit 45.7% de réponses			
	<i>oui</i>	<i>non</i>	<i>ne sais pas</i>	<i>Sans réponse</i>	<i>oui</i>	<i>non</i>	<i>ne sais pas</i>	<i>Sans réponse</i>
Les soins proposés m'ont permis de rester à domicile	68%	23%	9%	-	73%	9%	6%	11%
Les consultations EMPAA m'ont été utiles	61%	17%	20%	2%	62%	5%	17%	16%
Si cela... j'accepterai le même type de soins	72%	9%	17%	2%	77%	1%	8%	14%

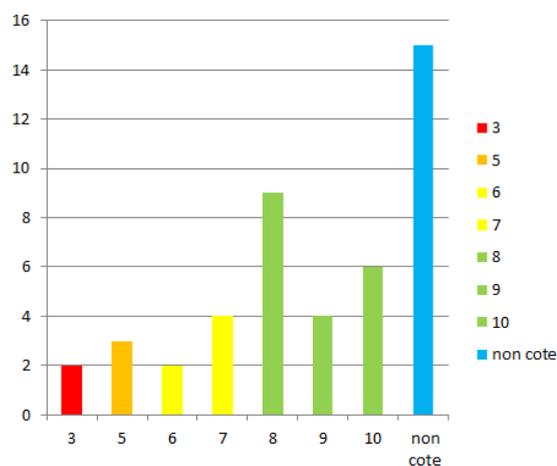
N = 64 / 193

Le renforcement des soins mis en place par le CMS m'a convenu



N = 64/140

le renforcement des soins mis en place par le CMS m'a convenu



6. Annexe 6

6.1. Association Alzheimer-VD, évaluation des prestations alzamis pro

Questions d'évaluation de la présence des Alzamis dans les services de l'HPAA de 20h à 23h d'octobre 2017 à septembre 2018/C. Kuhni, octobre 2018

14 sur 16 Alzamis pro ont répondu Soit un 87.5%	Pour le patient	Pour le service HPAA	Pour le système de soins dans sa globalité	Pour vous-même
En quoi votre présence à l'HPAA a-t-elle été utile ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Une présence rassurante (4x). 2. En cas d'angoisse, ma présence est bienvenue. 3. Quelqu'un à qui se confier et qui a du temps pour ça. 4. Pour être avec tout simplement. 5. Pour les rassurer. 6. Gérer les angoisses afin d'éviter la prise de réserve de médicaments. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selon les employés c'est variable : soit une alliée aidante, soit une bonne à tout faire, soit un boulet. 2. Une aide pour vider les poubelles et répondre aux sonnettes et tenir compagnie aux patients qui sont agités. 3. Un petit + pour les patients qui ont besoin de davantage de présences pour les calmer. 4. Vérifier si les fenêtres sont fermées, ranger la vaisselle, répondre aux sonnettes. 5. Une aide pour les patients angoissés. 6. Une aide pour « être là » tout simplement chez les patients qui ont besoin de davantage de temps. 7. Difficile à dire. 8. Ne sait pas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permettre aux patients de se calmer donc moins de médication donnée car respect du rythme. 2. Rendre l'hôpital plus humain. 3. Reconnaître le côté « accompagnement dans la prise en charge ». 4. Renforcer les présences le soir alors que souvent les patients peuvent être agités, donc ambiance de travail plus sereine. 5. Davantage de disponibilité pour les patients, donc amélioration de la qualité de vie à l'hôpital. 6. Le patient est respecté dans son rythme, ses envies et besoins car plus de temps pour lui (3x) 7. Ne sait pas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belle expérience (5x). 2. Apprendre les soins dans un autre milieu que le domaine du domicile (3x). 3. Echanger avec les professionnels et s'ouvrir à de nouvelles pratiques. (3x). 4. Une découverte. 5. Connaître les autres pathologies de la PAA qu'uniquement le domaine des démences (4x). 6. Rencontrer les patients très touchants (2x).

<p>Quels sont les difficultés que vous avez rencontrées ?</p>	<p>Ne pas savoir gérer lors de crises (2x).</p>	<p>Des incompréhensions par rapport à l'attitude de certains soignants (gestes brusques, paroles blessantes) (3x).</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. L'impression de ne pas être utile pour les soignants (4x). 2. Cahier des charges pas clair (6x). 3. Devoir s'adapter à la façon de travailler des certaines/certains (façon de faire le thé). 4. Se sentir « de trop ». 5. Certains professionnels parlent volontiers des pathologies, d'autres ne leur parlent pas. 6. Pas de présentation des locaux (savoir où se laver les mains, où se trouve le vidoir, où sont les interrupteurs où mettre la blouse en fin de service, ...). 7. Remarque d'une soignante « le Alzami ne servent à rien et coûtent chers ».
<p>Si l'expérience était à refaire la referiez-vous ?</p> <p>Pourquoi ?</p>				<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui (6x) car enrichissant personnellement et pour le patient. 2. Non (3x) à cause de l'attitude de certains soignants.

6.2. HPAA, évaluation des prestations alzamis pro

Evaluation de la présence des Alzamis dans les services de l'HPAA de 20h à 23h d'octobre 2017 à septembre 2018/T. Ferreira de Sousa, octobre 2018

	Pour le patient	Pour le service HPAA	Pour la collaboratrice Alzami	Pour le système de soins dans sa globalité
En quoi la présence d'une collaboratrice Alzami vous a-t-elle été utile ?	Surveillance ou présence pour certains patients (ex : risque de chute, agitation...). Accomplissement d'éventuelles demandes des patients.	Leur présence peut être rassurante. Echange d'idées et ses connaissances. Leur disponibilité.	Travail en milieu hospitalier aigu avec des professionnels expérimentés. Acquisition de connaissances et développement de compétences en PAA.	Apporte des idées. « Aide » pour les soins. Présence peut être rassurante pour les soignantes.
Quels sont les difficultés que vous avez rencontrées ?	Parfois leur communication et approche (surtout en début de projet) n'était pas complètement adéquate vis-à-vis de la pathologie du patient, par manque de connaissances. Souvent, il faut donner beaucoup d'informations à des professionnels (parfois) avec quelques limites dans la compréhension.	En règle générale, la personne Alzami fait preuve de bonne foi et volonté. Cependant, la manque d'initiative est souvent présent, même pour les personnes qui connaissent déjà les unités.	Passivité et manque d'initiative. Leur connaissance du milieu psychiatrique aigu.	
Si l'expérience était à refaire la referiez-vous ? Pourquoi ?	Oui. L'effet d'avoir une présence (professionnel) plus important avec les patients PAA en fin de journée est toujours bénéfique pour eux.	Oui Toujours intéressant d'avoir des échanges avec d'autres professionnels du milieu de soins.	Contexte différent. Certains sont satisfaites et contents de passer par l'HPAA.	Oui. Toujours intéressant d'avoir un échange entre professionnels qui travaillent dans un contexte différent.

Pour l'EMPAA	Concernant le client	Concernant les A/F	Concernant les Alzamis	Autre ?
<p>A votre avis, quels ont été les raisons du manque de mobilisation des Alzamis dans le cadre de ce projet ?</p> <p>(3 demandes en 1 an)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de connaissance de cette « prestation » ? - Réticence du client et/ou de son proche-aidant à avoir une présence « étrange » (de plus) à domicile. - Evaluation clinique de l'EMPAA : <ul style="list-style-type: none"> o Soit pas d'indication, o Soit situation orientée à l'HPAA ou autre 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination dans le dispositif (administrativement) complexe à assumer - Manque d'information sur l'existence du dispositif - Délai de mise en place. 		

7. Annexe 7 : Evaluation du dispositif fait par HEVIVA

Accompagnant la diminution progressive des lits du SUPAA de 69 à 60 en juillet 2015, puis à 50 en juillet 2016, le projet pilote mis en place dans le RSRL visait à permettre la gestion des crises de psychiatrie de l'âge avancé en EMS ou à domicile et, lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire, à en réduire la durée.

Nous nous centrerons ici sur le volet concernant les EMS, plus précisément sur les EMS du RSRL ayant des unités généralistes gériatriques et/ou des unités spécialisées de psychiatrie de l'âge avancé, population cible de ce volet.

Opérationnel depuis mai 2016, le dispositif mis en place repose sur les éléments suivants :

- Augmentation des effectifs de l'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé, rendue possible par le transfert d'une partie des ressources libérées par les lits fermés à l'HPAA, afin notamment d'augmenter la réactivité de cette équipe face aux demandes ;
- Intégration de la liaison à cette équipe ;
- En situation de crise d'un résident, responsabilité du traitement psychiatrique assumée par le médecin de l'EMPAA (sur délégation du médecin traitant) ;
- Instauration d'un financement forfaitaire de 3600.-, renouvelable une fois, pour renforcer l'accompagnement en EMS des résidents en situation de crise ;
- Maintien des horaires d'intervention de l'EMPAA (du lundi au vendredi de 08.00 à 18.00), mais ouverture du piquet téléphonique du SUPAA le week-end et les jours fériés de 08.00 à 18.00 pour les résidents en crise déjà suivis par l'EMPAA ;
- Elaboration de documents, dont un document sur le suivi des symptômes et signes, visant en particulier à instaurer un langage commun entre EMS et EMPAA.

Ce dispositif a-t-il eu un impact sur le nombre ou la durée des hospitalisations de résidents au SUPAA? Difficile exercice à conduire en raison d'une part, du manque de recul dans le temps, ce dispositif n'ayant qu'une année et demie d'existence à fin 2017, d'autre part de la mise en œuvre de ce dispositif en parallèle d'une diminution conséquente des lits de l'HPAA. En raison également du faible nombre d'hospitalisations, les analyses chiffrées sont alors à considérer avec prudence.

a. Nombre et durée des hospitalisations au HPAA

a.1. Selon les chiffres du SUPAA

Tableau 1, chiffres SUPAA, Admissions au HPAA

	Admissions				Durée hospitalisations		Taux occupation
	total	Hors secteur	Depuis EMS	Depuis EMS RSRL	Moyenne	Médiane	
2014 (69 lits)	532	136	105		41.8	26	93.7
%/total admissions		25.56%	19.74%				
2015, 1er sem (69 lits)	239	69	43		42.3	31	91.3
%/total admissions		28.87%	17.99%				
2015, 2ème sem (60 lits)	238	58	54		43.3	29	91.1
%/total admissions		24.37%	22.69%				
2016, 1er sem (60 lits)	241	57	48		40.7	30	92.4
%/total admissions		23.65%	19.92%				
2016, 2ème sem. (50lits)	226	61	33	30	37.44	26	94.6
%/total admissions		26.99%	14.60%	13.27%			
2017, 1er sem (50 lits)	245	65	43	39	35.5	27	95.8
%/total admissions		26.53%	17.55%	15.92%			

2017, 2ème sem (50 lits)	167		49	43			
%/total admissions			29.34%	25.75%			

De 69 lits début 2015, les lits du HPAA sont passés à 60 en juillet 2015, puis à 50 en juillet 2016, soit une diminution de 27,6% de sa capacité d'accueil.

A considérer les chiffres ci-dessus, on peut relever que :

- La diminution des lits a eu peu d'impact sur le nombre d'hospitalisations. Ainsi, si l'on estime à 266 le nombre d'hospitalisations par semestre en 2014, il est de 239 pour le 1^{er} semestre 2015, semestre où il y a encore 69 lits. Le nombre d'hospitalisations de ce 1^{er} semestre 2015 est sensiblement le même pour le 2^{ème} semestre 2015 et le 1^{er} semestre 2016, où la capacité d'accueil du HPAA était de 60 lits, ainsi que pour le 2^{ème} semestre 2016 et le 1^{er} semestre 2017, où la capacité d'accueil du HPAA était de 50 lits ;
- Portant sur toutes les admissions au HPAA, les constatations ci-dessus sont les mêmes pour celles concernant des admissions de résidents d'EMS
- Le pourcentage d'hospitalisations hors secteur a peu fluctué
- La diminution des lits du SUPAA s'est accompagnée d'une diminution significative de la durée des hospitalisations

a.2. Selon les chiffres du monitoring conduit par HévivA

Centré sur les structures d'hébergement de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé membres de HévivA, ce monitoring portait sur les hospitalisations de résidents en hôpital somatique et de PAA. Mené sur une base volontaire, il constitue un large échantillon des structures concernées, soit

- Pour 2014, 29 EMS totalisant 2025 lits (sur 90 EMS membres totalisant 4710 lits)
- Pour 2016, 26 EMS totalisant 1366 lits (sur 92 EMS membres totalisant 4803 lits)
- Pour 2017, 50 EMS totalisant 2879 lits (sur 92 EMS membres totalisant 4808 lits)

A considérer les données globales de ce monitoring, quelle que soit l'année prise en compte, les hospitalisations en hôpital de PAA représentent moins de 9% (8.12% en 2014, 8.51% en 2016, 6.27% en 2017) des hospitalisations de résidents

Tableau 2, monitoring HévivA, Hospitalisations somatiques et de PAA

Année	Lits EMS	Résidents hospitalisés	hospitalisations	De		en Hôpital			Issue			
				CS	LS	somatique	de PAA	les deux	retour EMS	décès	TF autre EMS	autre, sans précision
2014	2025	530	702	25	677	645	54	3	607	62	16	17
2016	1366	348	435	21	414	398	33	4	370	39	6	20
2017	2879	744	957	38	919	897	55	5	838	77	13	29

Il nous a semblé intéressant de comparer les durées d'hospitalisation en PAA en prenant en compte, d'une part, toutes les hospitalisations de ce type, d'autre part celles faites à l'HPAA et concernant exclusivement des résidents hébergés dans des EMS gériatriques et de PAA du RSRL, soit relevant de la population cible de l'expérience pilote.

Tableau 3, monitoring HévivA, Hospitalisations en PAA, toutes

Année	Lits EMS	Résidents hospitalisés	hospitalisations	durée d'hospitalisation (en jour)			
				Moyenne	médiane	Min	Max
2014	2025	46	54	32.83	32.5	4	71
2016	1366	27	33	29.73	26	1	75
2017	2879	47	56	30.06	29	3	69

Tableau 4, monitoring HévivA, EMS GER ET DE PAA RSRL, hospitalisations au HPAA, Cery

Année	Lits EMS	Résidents hospitalisés	Hospitalisations	Hôpital		durée d'hospitalisation (en jour)			
				sans indication de lieu	HPAA Cery	Moyenne	médiane	Min	Max
2014	1300	36	42	42		34.74	33	6	71
2016	1048	19	25		25	29.4	26	1	70
2017	1572	25	31		31	30.23	29	5	69

Le monitoring 2014 ne nous permet pas de préciser dans le tableau 4, s'il s'agit d'hospitalisations à l'HPAA ou dans un autre hôpital de PAA, cette information n'ayant pas été demandée aux EMS. On peut cependant faire l'hypothèse que la majorité de ces hospitalisations se sont faites à l'HPAA.

A considérer le tableau 4, on relève une diminution de la durée moyenne et médiane des hospitalisations de résidents du RSRL à l'HPAA entre 2014, année où l'HPAA disposait de 69 lits et 2016, année où l'HPAA passait de 60 à 50 lits. La durée moyenne et médiane remonte par rapport à 2016, mais reste inférieure à celle de 2014 de 4 jours pour la médiane et 4.5 jours pour la moyenne. A comparer ces données au tableau 3 qui porte sur toutes les hospitalisations, on constate que les durées moyennes et médianes sont sensiblement les mêmes et suivent la même évolution. Il est vrai que, d'une part les hospitalisations de résidents du RSRL à l'HPAA constituent, pour chacune des années considérées, plus de la moitié des hospitalisations totales en PAA, et que d'autre part les hospitalisations totales comptent également un certain nombre de résidents de réseaux autres que le RSRL qui ont été hospitalisés au HPAA

Ces chiffres suivent la même tendance que ceux du SUPAA, qui indiquent des durées moyennes et médianes d'hospitalisations au HPAA respectivement de 41.8 et 26 en 2014 pour 35.5 et 27 en 2017. Deux éléments sont à relever cependant :

- La diminution de la durée moyenne des hospitalisations à l'HPAA est beaucoup plus forte pour toutes les hospitalisations, sans distinction de provenance, que pour celles qui concernent des résidents
- L'écart entre les durées moyennes et médianes d'hospitalisation est beaucoup plus serré pour les EMS et les durées moyennes d'hospitalisation sont plus basses.

Comme ces chiffres concernent également 2014, ils nous semblent relever moins du dispositif mis en place que de la diminution des lits du HPAA. Quant aux différences avec les chiffres du SUPAA, dont les durées moyenne et médiane d'hospitalisation portent sur toutes les admissions, il importe de relever que celles du monitoring HévivA ne concernent que les résidents revenus dans leur EMS après leur hospitalisation. Elles n'intègrent donc notamment pas des personnes hospitalisées en attente d'un hébergement.

a.3. Sous l'angle des EMS du RSRL et de leurs missions

Nous avons repris les chiffres du SUPAA pour les distribuer selon la mission des EMS. Les EMS GER/PAA sont des EMS qui regroupent des unités généralistes gériatriques et des unités spécialisées de PAA.

Tableau 5, RSRL, hospitalisations au HPAA et missions des EMS

Mission	LITS EMS		ADMISSIONS HPAA	
	2016	2017	2016, 2ème semestre	2017
GER	1603	1609	11	35
ratio/lit			0.01	0.02
GER-PAA	561	561	8	21
ratio/lit			0.01	0.04
PAA	554	554	6	26
ratio/lit			0.01	0.05
TOTAL	2718	2724	25	82
ratio/lit			0.01	0.03

Selon ce tableau, le ratio d'hospitalisations par lits est plus élevé pour les EMS de PAA et mixte (GER/PAA) que pour les EMS gériatriques, élément qui ressort également du monitoring mené par HévivA.

b. Financement suppléments crise

Ces financements visaient à éviter des hospitalisations, en soutenant le maintien des résidents en crise dans leur lieu de vie

En 2016 - plus précisément depuis le 1^{er} mai, date de démarrage du projet pilote – ces financements ont été demandés pour 13 résidents et, en 2017, pour 49 résidents.

Les demandes de financement doivent être portées par le médecin de l'EMPAA ou le médecin psychiatre du résident ou de l'EMS. Ne disposant pas des informations nous permettant de faire la distinction et partant de l'hypothèse qu'elles sont en grande majorité le fait du médecin de l'EMPAA, nous les avons toutes mises en lien avec les consultations de l'EMPAA.

Selon le tableau ci-dessous, il est intéressant de relever que

- Un peu plus de 9% en 2016 et, en 2017, près de 35% des résidents consultés par l'EMPAA ont bénéficié du supplément de crise ;
- Ces suppléments apparaissent proportionnellement moins fréquents pour les résidents d'EMS gériatriques consultés par l'EMPAA.

Tableau 6, RSRL, distribution des résidents avec consultations EMPAA et financements supplémentaires

Mission	Nbre résidents avec consultations EMPAA		Nbre résidents avec supplément crise	
	2016	2017	2016	2017
EMS GER	78	127	6	13
suppléments crises /consultations EMPAA			7.69%	16.67%
EMS GER-PAA	43	78	6	28
suppléments crises /consultations EMPAA			13.95%	35.90%
EMS PAA	20	23	1	8
suppléments crises /consultations EMPAA			5.00%	34.78%
TOTAL	141	228	13	49
suppléments crises /consultations EMPAA			9.22%	34.75%

c. Implantation de l'EMPAA dans les EMS GER et PAA du réseau.

Nous intégrons dans ce volet les activités de liaison psychiatrique, activités financées par le SSP et assumées soit par l'EMPAA, soit par des psychiatres indépendants. Pour la partie liaison les chiffres utilisés sont ceux du SSP.

Sous l'angle des institutions, les données reçues peuvent être distribuées comme suit :

Tableau 7, RSRL, distribution des EMS avec consultations EMPAA et/ou liaison

Mission	Total institutions			Institutions avec					
	2014	2016	2017	Consultations EMPAA			Avec liaison ET/OU consult. EMPAA		
	2014	2016	2017	2014	2016	2017	2014	2016	2017
EMS GER	31	30	30	19	18	20	28	25	25
% d'institutions				61.29%	60.00%	66.67%	90.32%	83.33%	83.33%
EMS GER-PAA	8	8	8	6	6	7	6	7	7
% d'institutions				75.00%	75.00%	87.50%	75.00%	87.50%	87.50%
EMS PAA	12	12	12	6	6	7	12	10	10
% d'institutions				50.00%	50.00%	58.33%	100.00%	83.33%	83.33%
TOTAL	51	50	50	31	30	34	46	42	42
% d'institutions				60.78%	60.00%	68.00%	90.20%	84.00%	84.00%

Selon le tableau ci-dessus

- A comparer 2014 à 2017, la proportion d'EMS qui font appel à l'EMPAA a augmenté, passant de 60 à 68 % ;
- Bien qu'en augmentation également, la proportion de recours à l'EMPAA est plus faible pour les EMS de PAA. Le fait que certains d'entre eux ont un psychiatre responsable ou des résidents suivis par un psychiatre explique probablement cet élément ;
- Si l'on intègre appel à l'EMPAA et à la liaison, la proportion d'EMS qui recourent à l'un et/ou à l'autre atteint 84%, soit un pourcentage conséquent. A relever cependant que par rapport à 2014, cette proportion a diminué pour les EMS GER et de PAA.

Il nous a également semblé intéressant de mettre en lien le recours à l'EMPAA et/ou à la liaison avec les institutions qui ont eu des résidents hospitalisés au HPAA. Comme le montre le tableau ci-dessous, les institutions n'ont, selon les années, pas forcément de résidents hospitalisés en PAA (contrairement aux hospitalisations en hôpital somatique).

Tableau 8, RSRL, distribution des EMS avec consultation EMPAA et hospitalisations au HPAA

Mission	Total Institutions			Institutions avec								
	2014	2016	2017	Hospit. HPAA			Hosp et consult EMPAA			hosp et liaison ET/OU consult EMPAA		
				2014	2016, 2ème semestre	2017	2014	2016	2017	2014	2016	2017
GER	31	30	30	17	8	17	11	6	15	16	8	17
% p.r. inst avec hosp							64.71%	75.00%	88.24%	94.12%	100.00%	100.00%
GER-PAA	8	8	8	7	3	5	5	3	5	5	3	5
% p.r. inst avec hosp							71.43%	100.00%	100.00%	71.43%	100.00%	100.00%
PAA	12	12	12	8	4	9	4	4	6	8	4	9
% p.r. inst avec hosp							50.00%	100.00%	66.67%	100.00%	100.00%	100.00%
TOTAL	51	50	50	32	15	31	20	13	26	29	15	31
% p.r. inst avec hosp							62.50%	86.67%	83.87%	90.63%	100.00%	100.00%

Il est intéressant de relever que, pour les EMS ayant eu des résidents hospitalisés

- Le nombre d'entre eux qui ont eu recours à l'EMPAA a augmenté, suivant en cela la tendance de tous les EMS. Mais si 68% des EMS ont fait appel à l'EMPAA en 2017, ce pourcentage s'élève à 83.4% pour les EMS avec hospitalisation de résidents.
- Déjà conséquente en 2014, la proportion d'EMS avec hospitalisation qui ont eu recours à l'EMPAA et/ou à la liaison en 2016 comme en 2017 s'élève à 100%, soit à la totalité des institutions concernées.

Les données ci-dessus montrent une forte implantation de l'EMPAA au sein des EMS du RSRL, et plus particulièrement pour ceux qui ont eu des résidents hospitalisés. Elles ne permettent cependant pas de dire si les résidents hospitalisés ont été vu par l'EMPAA. Le monitoring mené par Héviva donne une précision à ce propos : en 2016 comme en 2017, près de 2/3 des hospitalisations à l'HPAA ont été faites à la demande de l'EMPAA ou du psychiatre du résident, en accord avec l'équipe soignante.

d. Perception du dispositif par les EMS

En octobre 2018, Héviva a réalisé un sondage auprès des 27 directeurs et infirmiers chefs d'EMS et multisites gériatriques et de PAA du RSRL afin de connaître leur perception du dispositif pilote (voir questionnaire en annexe). Signe de l'intérêt de ce dispositif pour les institutions, 18 directions, soit 2/3 des directeurs et infirmiers chefs interpellés, ont répondu à ce sondage.

La presque totalité des répondants se déclarent satisfaits (7), voire très satisfaits (10) du dispositif pilote. Un seul répondant se dit insatisfait.

Au titre des lignes de force relevées par les répondants, la réactivité de l'EMPAA, la qualité, la compétence et l'expertise de cette équipe ainsi que le financement supplémentaire de crise sont les éléments les plus fréquemment relevés. Les limites évoquées concernent pour l'essentiel les horaires et les délais d'intervention de l'EMPAA.

A entrer plus finement dans les éléments relevés par les répondants au fil de ce sondage, les lignes de force et limites du dispositif peuvent être étayées comme suit.

➤ *Réactivité de l'EMPAA*

La majorité des répondants sont satisfaits de la réactivité de l'EMPAA. Un répondant souligne que la possibilité de joindre les intervenants par téléphone est facilitant. 5 répondants relèvent cependant regretter que les horaires d'intervention de l'EMPAA se limitent aux heures et jours ouvrables et considèrent que l'indisponibilité la nuit, les week-ends et jours fériés constituent l'une des principales limites du dispositif. 4 répondants soulignent que les délais d'intervention sont parfois un peu longs, notamment pendant les périodes de vacances.

➤ *Qualité et compétence de l'EMPAA*

Ce volet se réfère à plusieurs éléments. En premier lieu, une majorité de répondants met en avant l'apport d'une expertise psychiatrique et l'intérêt majeur d'un regard « extérieur » sur des situations complexes. Un répondant souligne en ce sens la pertinence de l'apport d'une intervention en binôme infirmier/médecin de l'EMPAA.

L'accompagnement et le soutien des équipes, le partage de la réflexion, la qualité du suivi, la proposition de pistes de réflexion et d'outils sont vus comme des bénéfices notables du dispositif. L'apport de recommandations pour la pratique – en matière d'attitudes également - et d'une supervision de l'équipe sont relevés par plusieurs répondants. D'autres soulignent l'importance d'avoir la possibilité de discuter ensemble du traitement et de l'adapter à la situation. Certains répondants ont étayé leur propos en évoquant des aspects concrets de cette collaboration « donnent des pistes de réflexions et des recommandations », « pose de limites de prise en charge », « explications claires ». L'aptitude de l'EMPAA à s'adapter à « l'équipe appelante » est évoquée par un répondant.

Pour la plupart des répondants, le dispositif offre la possibilité aux équipes d'ajuster leur accompagnement de résidents en crise psychique et d'en améliorer la prise en charge. La mise en œuvre d'une offre d'accompagnement en accord avec l'ensemble des professionnels sur le terrain, médecins traitant et équipes soignantes inclus, est vue comme plus-value du dispositif. Pour l'ensemble des répondants, les interventions de l'EMPAA ont été utiles pour les résidents, leurs proches et les équipes.

➤ *Collaboration EMPAA et équipes soignantes.*

Dans l'ensemble les répondants sont très satisfaits de la qualité de la collaboration avec l'EMPAA. Ceux-ci soulignent la qualité des échanges qualifiés de fructueux. Les collaborateurs de l'EMPAA sont à l'écoute des équipes et se rendent compte des limites et difficultés des prises en soin de résidents en crise. Un répondant parle d'un « bel exercice de travail en interdisciplinarité avec respect, écoute, échange ». Un répondant observe peu de contact direct entre les aides-soignants et l'EMPAA.

contrairement aux infirmiers qui ont plus d'interactions. Il est noté également d'une part la qualité du temps mis à disposition pour l'équipe et d'autre part le climat favorable « calme et sérénité » dans lequel ont lieu les échanges.

➤ *Financement supplémentaire.*

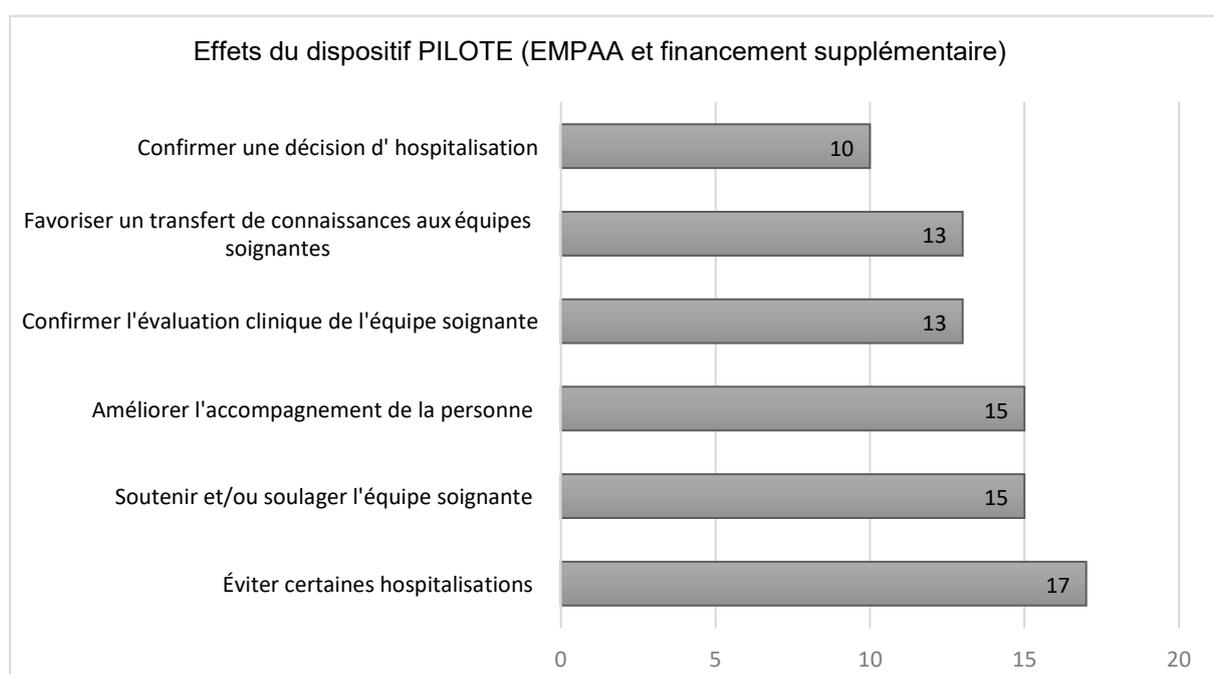
La plupart des répondants ont eu recours au financement supplémentaire lors de situation de crise psychiatrique de l'un ou plusieurs de leurs résidents. L'importance de ce financement pour mobiliser des ressources supplémentaires est soulignée. Deux répondants soulignent cependant que, selon les situations, ce financement forfaitaire est insuffisant et l'un d'eux souligne la difficulté à évaluer les coûts générés par la crise, difficilement quantifiables. Les deux répondants qui n'ont pas eu recours au financement supplémentaire l'imputent tous deux à la difficulté de recruter du personnel d'appoint.

➤ *Hospitalisations.*

Au cœur du dispositif mis en place, la position des répondants quant au rôle joué par l'EMPAA et le financement supplémentaire dans l'hospitalisation ou non de résidents est extrêmement intéressante. Ainsi, à la question de savoir si le dispositif mis en place a permis d'éviter des hospitalisations, 17 des 18 répondants répondent par l'affirmative. A celle de savoir si l'EMPAA a permis de confirmer des décisions d'hospitalisation, 10 répondants considèrent que oui. Affirmations plurielles face à la pluralité des situations. A ces questions fermées qui clôturaient le sondage, les répondants avaient déjà apportés des remarques et commentaires. Dans le cadre des questions ouvertes, il a ainsi été relevé à la fois que l'intervention de l'EMPAA a permis d'éviter ou de retarder certaines hospitalisations mais qu'elle a également constitué un levier pour faciliter des hospitalisations. A relever à ce propos qu'un répondant a souligné le soutien de l'EMPAA pour poser avec l'équipe la limite acceptable avant une hospitalisation.

Dans tous les cas, qu'il y ait eu ou non hospitalisation, le soutien de l'EMPAA et le renfort des équipes permis par le financement de crise ont contribué à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des résidents concernés.

Présentant les questions fermées posées en fin de sondage sur les effets du dispositif, le tableau ci-dessous renvoie pour l'essentiel aux éléments développés ci-dessus. Il donne, pour chacune des questions, combien des 18 répondants au sondage estiment que le dispositif a eu l'effet relevé.



e. Forces et limites du dispositif mis en place

Le projet pilote mis en place dans le RSRL visait à permettre la gestion des crises de psychiatrie de l'âge avancé en EMS ou à domicile et, lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire, à en réduire la durée.

A considérer les données chiffrées, le nombre d'hospitalisations de résidents reste particulièrement stable malgré un tiers de lits en moins au HPAA. Quant à la réduction des durées moyennes et médianes des hospitalisations à l'HPAA, toutes provenances confondues, elle semble, pour les raisons développées plus haut, relever essentiellement de la pression exercée par la diminution des lits et de la redistribution des ressources libérées au sein des unités restantes.

Affirmer que le dispositif mis en place n'a eu aucun des effets escomptés serait cependant abusif. Ainsi, élément non négligeable, il a permis de confirmer la nécessité d'hospitalisations, même avec le soutien de l'EMPAA et la possibilité de recours à un financement supplémentaire.

Par ailleurs, comme relevé par les directeurs et infirmiers chefs dans le cadre du sondage réalisé par HévivA, le dispositif mis en place a permis à la fois de prévenir des hospitalisations et de les faciliter lorsque nécessaire. On peut dès lors faire l'hypothèse que la forte implantation de l'EMPAA au sein du réseau et la complexification des situations des résidents liée à des entrées de plus en plus tardives en EMS ne conduira pas à une réduction des hospitalisations, mais à une détection plus forte des situations le nécessitant.

Il n'en demeure pas moins que le partage de compétences développé entre l'EMPAA et les équipes soignantes a contribué à une amélioration de l'accompagnement des résidents en crise et de leurs proches. L'augmentation des effectifs de l'EMPAA a joué en ce sens un rôle central, en permettant une réactivité de cette équipe beaucoup plus forte que par le passé.

Il importe également de relever l'importance du financement supplémentaire, qui a permis de mobiliser des renforts pour permettre le maintien de résidents en crise dans leur lieu de vie.

En conclusion, au vu des retours reçus des institutions, ce dispositif pilote est à inscrire dans la durée. Il importe cependant de relever que :

- Ce dispositif ne conduira vraisemblablement pas à une réduction des hospitalisations et certains EMS ont déjà été confrontés à des difficultés d'hospitalisations faute de lit disponible ;
- Compte tenu de l'évolution de la population en EMS (entrées de plus en plus tardives et pourcentage croissant de résidents avec troubles cognitifs en EMS généraliste gériatrique), l'EMPAA ne peut être considérée comme principale ressource. Une nécessaire réflexion est à mener sur une montée des compétences des équipes soignantes par le biais de la formation et du niveau de qualification de celles-ci, réflexion déjà initiée dans le cadre de la directive dotation.
- L'impact humain et financier du maintien en EMS des résidents en crise devrait faire l'objet d'une évaluation approfondie

Questionnaire du sondage mis en place par HévivA

HévivA : Evaluation_Dispositif-SUPAA_2018

Evaluation du dispositif SUPAA/EMS

Le but de ce questionnaire est principalement d'identifier les forces et les limites du **dispositif SUPAA/EMS** du point de vue des **milieux cliniques**. Quelques minutes suffisent pour le compléter. Celui-ci est anonyme et confidentiel.

Je me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire.

Merci pour votre contribution.



Sabah Latif, Pôle accompagnement.
021 721 01 67

1. De manière générale, comment évaluez-vous les interventions de l'Équipe Mobile de Psychiatrie de l'Age Avancée (EMPAA) ?

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Pas satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant

2. D'après vous quels sont les points forts et les limites de ce dispositif ?

Points Forts :

Limites :

3. Les interventions de l'EMPAA vous ont-elles été utiles ? si oui en quoi ? Pour qui ? (patients, professionnels, proches, etc...)

- Oui
- Non
- Veuillez préciser :

4. Êtes-vous satisfait de la rapidité d'intervention de l' EMPAA ?

- Oui
- Non
- Veuillez préciser

5. Êtes-vous satisfait de la disponibilité de l' EMPAA ?

- Oui
- Non
- Veuillez préciser

6. Comment évaluez-vous la qualité de la collaboration entre les EMPAA et les équipes soignantes ?

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Insatisfaisante
- Pas du tout satisfaisante
- veuillez préciser

7. Comment évaluez-vous la qualité de la collaboration entre le médecin de l' EMPAA et le médecin du résident ?

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Insatisfaisante
- Pas du tout satisfaisante
- veuillez préciser

8. Dans les contextes de crise aiguë des résidents atteints de troubles psychiques le support de l'EMPAA vous a-t-il été "précieux" ? En quoi ?

- Oui
- Non
- veuillez préciser :

9. Avez-vous eu recours au financement supplémentaire (FS) lors de situation de crise psychiatrique de l'un ou plusieurs de vos résidents ? Si oui, vous ont-ils été utiles et suffisants ?

- Oui
- Non
- veuillez préciser :

10. De manière générale, diriez-vous que ce dispositif de crise (FS + EMPAA) a permis de :

- Éviter certaines hospitalisations ?
- Confirmer une décision d' hospitalisation ?
- Confirmer l'évaluation clinique de l'équipe soignante ?
- Soutenir et/ou soulager l'équipe soignante ?
- favoriser un transfert de connaissances aux équipes soignantes ?
- Améliorer l'accompagnement de la personne ?
- Autre (veuillez préciser)

Terminé

Optimisé par
 SurveyMonkey
Voyez comme il est facile de [créer un sondage](#).

[Politique de confidentialité](#) et [politique relative aux cookies](#)

8. Annexe 8 : Evaluation du dispositif fait par l'APREMADOL, l'APROMAD et la FSL

Dans les CMS du Grand Lausanne, le projet a été porté auprès des équipes par les responsables des prestations, les cadres des CMS et l'encadrement clinique.

Dans l'ensemble, les collaborateurs des CMS trouvent que la collaboration avec l'EMPAA :

- est de bonne qualité
- a une valeur ajoutée dans les situations concernées
- répond aux besoins du client et du CMS
- donne le sentiment d'être partie prenante dans la démarche

Si la réactivité de l'EMPAA a été interrogée en début de projet, les CMS relèvent leur satisfaction à la fin de la période pilote. L'EMPAA est identifiée par les collaborateurs comme une ressource experte tant dans lors des interventions chez les clients que lors de conseils aux équipes.

La collaboration avec les médecins traitants est dans l'ensemble satisfaisante même si parfois certains d'entre eux sont encore réticents à l'intervention de l'EMPAA chez leurs patients. Dans ces situations, les CMS sont parfois gênés dans la mise en œuvre des actions proposées par l'EMPAA.

Outre la collaboration avec le médecin traitant, les équipes relèvent l'importance de l'adhésion des proches aidants dans la démarche et la collaboration avec ces derniers.

S'agissant de la documentation, les équipes soulignent sa lourdeur quant au nombre et au contenu à transmettre à l'EMPAA même si celle-ci a déjà été simplifiée.

Les CMS devant travailler avec deux équipes mobiles de par leur situation géographique, relèvent la complexité de travailler selon des procédures différentes.

Après analyse de diverses situations de collaboration entre les CMS du Grand Lausanne et l'EMPAA, il ressort que la collaboration est très positive. La plupart des cas détectés en pré-crise ont pu être suivis à domicile avec l'aide de l'EMPAA.

Il reste néanmoins difficile de gérer la situation d'un client en crise à domicile. Aussi, une hospitalisation s'est avérée nécessaire pour certaines d'entre elles.

Propositions d'amélioration :

Le bilan ci-dessus présente une collaboration qui se renforce à la satisfaction des CMS. Il est cependant nécessaire d'identifier des axes permettant l'efficience accrue de la collaboration par :

- une simplification des documents utilisés,
- un renforcement de la collaboration avec les médecins traitants,
- une intervention précoce de l'EMPAA dès les premiers signes de décompensation, par une prise en charge et des consultations à domicile plus fréquentes.