

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

Avril 2019



Direction générale de la  
santé BAP – Avenue des  
Casernes 2 1014  
Lausanne  
021 316 42 00  
[info.santepublique@vd.ch](mailto:info.santepublique@vd.ch)

Nous remercions chaleureusement, pour leur participation à tout ou partie de ce projet :

- Les membres des équipes de projet
- Les membres du groupe de référence
- Les membres des COPIL
- Les professionnels sur le terrain
- Les directions des institutions partenaires de ce projet

## Résumé

### Contexte

Initié en avril 2015 à la demande du Chef du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud (DSAS), M. P.Y. Maillard, « le dispositif pilote de dispensation de soins aigus dans les lieux de vie des résidents en EMS ou à domicile souffrant de décompensation psychique » a pour but de renforcer la prise en charge communautaire des personnes âgées atteintes de troubles psychiques sur leur lieu de vie tout en maintenant la qualité de prise en charge et d'éviter ainsi une hospitalisation parfois inadéquate pour le patient. Pour ce faire, et en collaboration avec les médecins traitants, différentes mesures concomitantes ont été mises en place en milieu hospitalier, dans les EMS et dans l'aide et les soins à domicile de la région lausannoise :

### Mesures mises en place par le Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) :

- Une réduction du nombre de lits hospitaliers en psychiatrie de l'âge avancé (HPAA), passant de 69 lits à 50 lits en 12 mois, avec fermeture d'une unité de soins, transfert de ces compétences sur l'équipe mobile renforcée (EMPAA), réorganisation des unités restantes et optimisation des prises en soins.
- Une modification importante de la mission, de la structure et de l'organisation de l'équipe mobile de l'âge avancé (EMPAA).
- La mise en place d'un n° de téléphone unique et d'un infirmier orienteur pour toute demande d'admission.

### Mesures mises en place par les EMS et les CMS :

- Un ensemble d'outils tels que : identification et suivi des signes et symptômes, itinéraire clinique, partage des responsabilités entre médecin traitant et EMPAA, financement additionnel, recours possible à des prestations de veille.

### Communication :

L'accent a été mis sur l'information aux médecins traitants, aux bénéficiaires et à leur entourage ainsi qu'aux partenaires du réseau.

### Résultats :

- Au niveau hospitalier, l'**HPAA** a relevé une diminution de plus de 10% de la durée moyenne de séjour ainsi qu'une augmentation du taux d'occupation des lits (de 91.3 à 93.9%).
- L'**EMPAA** a constaté une augmentation du nombre de patients vus en EMS et à domicile (+20%).
- Le profil clinique des patients vus par l'EMPAA présente une proportion importante de démence, de troubles du comportement et de l'humeur pour les diagnostics les plus importants.
- Sur les 335 résidents **d'EMS** vus par l'EMPAA de mai 2016 à juin 2018, 280 ont été pris en charge dans leur lieu de vie et 55 ont été hospitalisés.
- 91 financements additionnels ont été demandés pour un montant total de Frs 260'279.-.
- **Pour les CMS**, 177 médecins ont fait appel aux prestations de l'EMPAA, et 82% se disent satisfait de la collaboration et du partage de responsabilités
- Si cela devait se reproduire, 74% des clients des CMS accepteraient le même type de prise en charge
- Les prestations de veille ont été mobilisées à deux reprises uniquement sur 18 mois.

### Recommandations :

S'inscrivant dans le rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022, deux recommandations ont été faites :

- Développer le dispositif de renfort à domicile pour la psychiatrie de l'âge avancé sur l'ensemble du canton.
- Extension de la dispensation de soins aigus au champ somatique pour les EMS et les CMS.

# Table des matières

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>8</b>
<b>2. CONTEXTUALISATION DU PROJET</b> .....	<b>8</b>
2.1. Le contexte du canton de Vaud .....	8
2.2. Développement de l'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé.....	9
2.3. Prise en charge stationnaire des personnes âgées avec troubles psychiques.....	9
<b>3. MANDAT ET OBJECTIFS</b> .....	<b>11</b>
<b>4. CONSTRUCTION DU PROJET</b> .....	<b>13</b>
4.1. Calendrier du projet .....	13
4.2. Structure du projet et méthodologie .....	13
4.3. Volet SUPAA (avril 2015 - mai 2016) .....	14
4.4. Volet EMS (avril 2015 - mai 2016) .....	15
4.4.1. Analyse de données statistiques concernant les EMS .....	15
4.4.2. Constats sur les situations vécues par les équipes de soins des EMS.....	15
4.4.3. Principes clés du volet EMS.....	16
4.4.4. Structure du volet EMS .....	16
4.5. Volet CMS (mars 2016 – janvier 2017) .....	17
4.5.1. Données statistiques concernant le domicile .....	17
4.5.2. Constats au niveau des CMS .....	17
4.5.3. Principes clés du volet CMS .....	17
4.5.4. Structure du volet CMS .....	18
4.6. Communication .....	18
<b>5. RÉSULTATS ET DISCUSSION</b> .....	<b>20</b>
5.1. Méthodologie d'évaluation .....	20
5.2. Données d'hospitalisation HPAA 2015 – 2018 .....	20
5.3. EMPAA, données d'activité et profils des patients.....	20
5.4. Résultats du volet EMS .....	22
5.4.1. Financements additionnels et durée de crise (01.05.2016 – 30.06.2018).....	22
5.5. Résultats du volet CMS.....	23
5.5.1. Enquête de satisfaction des médecins, 2017- 2018.....	23
5.5.2. Enquête de satisfaction de la clientèle .....	23
5.5.3. Financement des prestations Alzamis PRO.....	24
5.5.4. Alzamis pro : évaluation de leur participation au volet CMS du projet .....	24
5.5.5. HPAA : Evaluation de l'apport de la présence des Alzamis pro.....	24
5.6. Financement de l'ensemble du dispositif.....	25

5.6.1.	Financement de l'adaptation des structures du SUPAA .....	25
5.6.2.	EMS : financements de crises.....	25
5.6.3.	CMS : financements présence / veilles .....	25
<b>5.7.</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>25</b>
5.7.1.	Résultats concernant les autres objectifs du mandat .....	26
<b>6.</b>	<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>27</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>27</b>
<b>8.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>28</b>

## Lexique

APREMADOL	Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile de l'Ouest lausannois
APROMAD	Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile de la Couronne lausannoise
ASSC	Assistante en soins et santé communautaire
ASI	Association suisse des infirmiers et infirmières
BRIO	Bureau Régional d'Information et d'Orientation
CAPAA	Centre ambulatoire de psychiatrie de l'âge avancé
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIVESS	Coordination inter-service des visites en établissements sanitaires et sociaux
COFIL	Comité de pilotage
DGS	Direction générale de la santé
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale
EMPAA	Equipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé
EMS	Etablissement médico-social
EPT	Equivalent plein temps
FEDEREMS	Fédération patronale des EMS vaudois
FSL	Fondation Soins Lausanne
GER	Gériatrie
GMEMS	Groupement des médecins d'EMS
HéviVA	Association vaudoise d'institutions médico-psycho-sociales
HPAA	Hôpital de psychiatrie de l'âge avancé
ID	Infirmière indépendante de l'ASI
Itinéraire clinique	Plan de soins formalisé qui fournit des standards explicites pour organiser et prodiguer les soins d'un groupe spécifique de patients.
Liaison EMS	Intervention d'un médecin FMH formé en psychiatrie au sein d'équipes soignantes ou médicales d'une autre institution de soins. Le médecin peut être accompagné d'un soignant. La liaison consiste à discuter de cas cliniques problématiques sur le plan psychologique, relationnel et/ou éthique, ainsi que sur le plan psychiatrique ; aider de cette façon une équipe de médecins et de soignants dans : – leur relation aux patients et à leurs proches ; – la définition d'une problématique psychique ; – l'appréciation des limites et des exigences d'une prise en charge ; – l'utilisation éventuelle des services psychiatriques. La liaison exclut la consultation, définie comme l'intervention directe d'un médecin consultant auprès d'un patient pris en charge par une autre institution de soins.
Liaison CHUV	Evaluation d'un patient par un médecin psychiatre accompagné ou non d'un soignant, hospitalisé dans un service somatique, sur le site de la cité hospitalière du CHUV. Cette intervention se fait à la demande du médecin en charge du patient, pour un avis/une discussion sur une problématique psychiatrique, psychologique, relationnelle concernant le patient ou sa prise en soins.
MPR	Médecin de 1 <sup>er</sup> recours
PAA	Psychiatrie de l'âge avancé
Psychoéducation	Intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face.
RAI-HC	Resident Assessment Instrument Home Care
RSRL	Réseau Santé Région Lausanne
SAMS	Structure d'accompagnement médico-social (logement protégé, centre d'accueil de jour, court séjour)

SCDP	Syndrome comportementaux et psychologiques de la démence
SCRIS	Service cantonal de la statistique - VD
SASH	Service des assurances sociales et de l'hébergement
SSP	Service de la Santé publique
SUPAA	Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé
SVM	Société vaudoise de médecine

## 1. Introduction

Le vieillissement démographique et l'augmentation des maladies chroniques posent des défis majeurs en termes de santé publique. L'anticipation des besoins futurs de la population et la garantie d'une durabilité du système de santé sont des défis auxquels les Etats doivent faire face. Les enjeux sont de taille dans un contexte de vieillissement de la population. En 2030, un vaudois sur cinq sera âgé de plus de 65 ans. D'ici 2040, le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait doubler, leur nombre dans le canton de Vaud devrait passer de 36'000 aujourd'hui à près de 72'000.

Le recours au système de soins sera fortement impacté par les changements épidémiologiques et les coûts de la santé, dont 80% peuvent être imputés au traitement des maladies chroniques, augmenteront inévitablement. Même en tablant sur une amélioration globale de l'état de santé des seniors (soit une meilleure espérance de vie sans incapacité), les besoins en prestations de soins et d'accompagnement social, d'hospitalisation et d'hébergement vont croître du simple fait du nombre de personnes nécessitant des prises en charge.

Selon des analyses démographiques réalisées par Statistique Vaud (Prospectif n°3. Prise en charge médico-sociale et sanitaire des seniors à l'horizon 2040 ; septembre 2017), il faudrait ainsi construire, d'ici 2040, entre 3'500 à 4'600 lits de long séjour (6'000 lits disponibles actuellement), environ 2'100 lits d'hôpitaux pour les 65 ans et plus (soit un peu plus qu'un doublement du parc hospitalier) et augmenter de 76 % le volume des prestations d'aide et de soins à domicile (de 12'500 clients/mois à 22'000). Une telle option n'est pas réaliste et le fonctionnement global du système de santé devra être revu, en particulier pour permettre d'optimiser la prise en charge des patients âgés ou souffrant de maladies chroniques.

En réponse à ces défis, outre le renfort massif de la prévention, plusieurs modèles de prises en charge alternatifs doivent être développés pour permettre des soins médicaux les plus proches possible des patients et sur leurs lieux de vie lorsque cela est envisageable. Cela nécessite de renforcer les dispositifs communautaires, revoir les orientations des patients et éviter autant que possible le recours à l'hospitalisation lorsque celle-ci n'est pas absolument nécessaire, l'hospitalisation en elle-même pouvant également aggraver la trajectoire fonctionnelle et de santé des personnes vulnérables.

C'est dans ce contexte que le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud (DSAS) a souhaité mettre en place un projet permettant de reconsidérer la prise en charge des patients âgés présentant des troubles psychiques ou cognitifs chroniques et favoriser des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie de l'âge avancé.

Piloté par le Service de la Santé Publique (SSP), devenu entretemps la Direction générale de la santé, ce projet a été développé sur la région centre<sup>1</sup> et a rassemblé les acteurs de soins directement impliqués, notamment les médecins de premier recours (MPR), le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Âge Avancé (SUPAA), HévivA, les Associations / Fondation d'aide et de soins à domicile ainsi que le Réseau Santé Région Lausanne (RSRL)<sup>2</sup>.

## 2. Contextualisation du projet

### 2.1. Le contexte du canton de Vaud

Le canton de Vaud, dès les années 80, a mis en place un système performant d'aide et de soins à domicile, devenant l'un des cantons suisses dans lequel le taux d'institutionnalisation en EMS est le plus bas. La proportion de patients très âgés vivant encore à domicile est donc supérieure par rapport aux autres cantons. Le corollaire de cette politique de maintien à domicile est, d'une part, une entrée plus tardive en EMS et donc un état de santé des résidents d'EMS globalement plus précaire dans le

<sup>1</sup> Soit le périmètre du Réseau Santé Région Lausanne (RSRL)

<sup>2</sup> Les sigles utilisés dans ce rapport sont définis dans le lexique, p. 4



canton de Vaud que dans les autres cantons et, d'autre part, un taux supérieur d'hospitalisations aigues dans ces classes d'âge en comparaison intercantonale. En effet, les bénéficiaires âgés vivant à domicile sont rapidement hospitalisés dès que leur état de santé se détériore, entre autres parce qu'un accompagnement 24h/24 n'est pas forcément disponible par les proches aidants et/ou le système de soins.

En outre, l'analyse des trajectoires des patients montrent que près de 50% des personnes entrant en EMS proviennent de l'hôpital. La décision d'entrée en hébergement reste souvent le résultat d'une crise ayant conduit la personne à l'hôpital de soins aigus, somatique ou psychiatrique.

Revoir ces trajectoires de patients nécessite de prendre en compte l'entier des éléments décrits ci-dessus.

Dès les années 2000, le Canton de Vaud a pris plusieurs mesures spécifiques afin de faire face aux enjeux du vieillissement de la population. Il s'agit en particulier des projets suivants :

- Le développement des soins communautaires en psychiatrie de l'âge avancé, notamment au Service Universitaire de l'Age Avancé (SUPAA) et la mise en place de l'Equipe Mobile de Psychiatrie de l'Âge Avancé (EMPAA) en 2004 ;
- Le programme « Vieillissement et Santé » (2012) ;
- L'augmentation du nombre de lit d'EMS spécialisés en psychiatrie de l'âge avancé ;
- Le développement de Structures d'Accueil Médico-Sociales (SAMS) ;
- Un renforcement des compétences dans le domaine de l'aide et des soins à domicile, par des formations FAP, et en soutenant l'action de l'association Alzheimer Vaud ;
- Le développement d'un dispositif d'accompagnement des proches aidants.

## **2.2. Développement de l'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé**

Mise en place en 2004 dans le cadre d'un projet supporté par les membres du RSRL, la mission de l'EMPAA a consisté, de 2002 à 2016, à :

- Assurer, en 2<sup>e</sup> ligne, des consultations spécialisées de psychiatrie de l'âge avancé à la demande des médecins de premier recours ou, s'agissant de soins infirmiers, à la demande des équipes de soins.

Les conditions d'intervention étaient les suivantes :

- Intervention du lundi au vendredi de 8h à 18h.
- Interventions en binôme médecin-infirmière ou infirmière seule lorsque la demande émanait d'une équipe soignante.

La réorganisation à mettre en place dans le cadre de ce projet s'appuiera sur cette structure déjà en place.

## **2.3. Prise en charge stationnaire des personnes âgées avec troubles psychiques**

Dans le canton de Vaud il existe plusieurs unités de prise en charge des personnes âgées avec troubles psychiques (une dans chaque région). Dans la région centre, il s'agit de l'HPAA à Cery. Nous présentons ici quelques caractéristiques de cette unité, concernée par le projet.

Les hospitalisations en PAA interviennent souvent après qu'un bilan somatique ait été réalisé. Ce bilan peut être réalisé aux urgences du CHUV ou en amont. Ainsi, les admissions à l'HPAA peuvent être soit directes depuis le domicile du patient (y compris EMS), soit indirectes après un passage aux urgences du CHUV ou une hospitalisation dans un service somatique du CHUV ou d'autres hôpitaux somatiques.

Les premières données analysées par le SUPAA montrent qu'en 2014, 481 admissions<sup>3</sup> ont été réalisées à l'HPAA (l'hôpital comptait encore 69 lits). Parmi elles, 137 (soit 28,5%) concernaient des pa-

---

<sup>3</sup> La différence entre la somme des chiffres annoncés (137+170+175 = 482) et le nombre d'admissions que nous indiquons à 481 patients découle de la manière de comptabiliser à 2 reprises une admission pour un patient hospitalisé, transféré au CHUV

tients en provenance d'EMS (EMS renseignés comme lieu de vie, annexe 3.2). Une analyse plus détaillée montre que sur ces 137 admissions, 91 résidents (66.4%) ont été adressés directement depuis l'EMS vers l'HPAA et que 46 (33.6%) sont passés par le milieu somatique (urgence ou hospitalisation) avant d'être orientés à l'HPAA. En effet, ce passage via le milieu somatique ne fait pas de distinction entre un passage aux urgences puis transfert en milieu psychiatrique versus une hospitalisation en milieu somatique avec décompensation psychiatrique impliquant dans un second temps un transfert à l'hôpital psychiatrique.

La proportion de patients de l'HPAA en provenance des EMS n'était donc pas négligeable et justifiait l'étude d'alternatives à l'hospitalisation en PAA pour ces résidents d'EMS. Néanmoins, en regard du nombre total de résidents d'EMS dans le canton, ce chiffre reste très faible et dénote une bonne capacité de prise en charge dans les EMS des patients avec troubles psychiques.

### 3. Mandat et objectifs

En février 2015, le chef du département de la santé et de l'action sociale, M. Pierre-Yves Maillard, décide de diminuer le nombre de lits A de l'HPAA et demande aux institutions sanitaires du Réseau Santé Région Lausannoise (RSRL) de revoir la prise en charge de patients âgés atteints de troubles psychiatriques. Le projet est ciblé pour l'ensemble de la population de la région centre et concerne les structures de soins du périmètre du RSRL (hôpitaux, EMS et CMS). Le but de cette réflexion est d'élaborer rapidement, avec l'ensemble des partenaires concernés, des mesures permettant de renforcer la prise en charge communautaire des personnes âgées atteintes de troubles psychiques sur leur lieu de vie tout en maintenant la qualité de prise en charge. En lien avec la réduction des lits, il est également nécessaire de diminuer au maximum le recours aux hospitalisations de personnes en situation de crise psychique, qu'elles résident à domicile ou en institution. Toute décision d'hospitalisation doit ainsi faire l'objet d'une évaluation préalable par l'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé.

**Le mandat et les objectifs confiés par le chef de département au SSP ont consisté, dès avril 2015, à co-construire, avec les partenaires concernés, un dispositif répondant aux objectifs ci-dessous :**

#### **SUPAA (HPAA et EMPAA)**

- ✓ Diminuer le nombre de lits d'hospitalisation au SUPAA, passer de 69 lits en janvier 2015 à :
  - 60 lits au 1.7.2015
  - 55 lits au 1.1.2016
  - 50 lits au 1.7.2016
- ✓ Evaluer toute demande d'hospitalisation
- ✓ Modifier la structure et les missions de l'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé dans le sens d'un élargissement des compétences (gériatrie, soins palliatifs) et d'une possibilité d'intervention de 1<sup>ère</sup> ligne (délai : mai 2016)
- ✓ Renforcer les interventions de l'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé (EMPAA) (délai : mai 2016)
- ✓ Elaborer le dispositif financier et de communication relatif à ces changements (DP-CHUV ; délai : mai 2016)
- ✓ Elaborer, d'un point de vue clinique, ressources humaines, architectural et financier, un concept de « lits de crise » de psychiatrie de l'âge avancé (délai : janvier 2017)

**Parallèlement aux actions à mener au SUPAA, il a été demandé aux autres structures du RSRL (EMS, CMS, BRIO) de :**

- ✓ Renforcer le dépistage et le suivi des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques (y compris démences) dans la communauté afin de renforcer les possibilités de maintien à domicile et de prévenir les hospitalisations inappropriées provenant du domicile (délai : janvier 2017)
- ✓ Elaborer le dispositif financier et de communication relatif à ces changements (délai : juillet 2017)
- ✓ Mettre en place les moyens permettant aux EMS et aux SAMS psychiatriques de maintenir leurs résidents dans leur lieu de vie en cas de détérioration de leur état de santé (délai : juillet 2016)
- ✓ Développer, cas échant, des structures additionnelles (SAMS) favorisant le maintien à domicile (délai : 2017)
- ✓ Améliorer la gestion des flux des patients et la coordination des institutions s'occupant de patients âgés souffrant de troubles mentaux (délai : mai 2016)
- ✓ Mettre en place un plan d'action introduisant des moyens incitatifs de recrutement et de formation continue du personnel médical et paramédical nécessaire au développement de la psychiatrie de l'âge avancé (délai : 2017)

- ✓ Inciter, cas échant, les structures HES à renforcer, dans les programmes de formation, le domaine de la psychiatrie de l'âge avancé dans les dispositifs de formation initiale et continue (délai : 2017)

**Les partenaires impliqués dans le projet sont les suivants :**

- DSAS : SSP et SASH
- CHUV : SUPAA et Centre Leenaards de la Mémoire
- HévivA : Association vaudoise d'institutions médico-psycho-sociales (anciennement AVDEMS)
- FEDEREMS : Fédération patronale des EMS vaudois
- Aide/soins à domicile : APREMADOL, APROMAD et Fondation Soins Lausanne,
- Réseau de santé : Réseau Santé Région Lausanne (RSRL),
- Médecins : Société Vaudoise de Médecine (SVM),
- Fondation Urgence Santé (FUS)

## 4. Construction du projet

Afin d'en assurer la faisabilité, le projet EMS-CMS-SUPAA a été séparé en deux volets, un pour l'EMS, l'autre pour le domicile-CMS.

### 4.1. Calendrier du projet

La construction du projet a débuté en avril 2015 par l'élaboration conjointe des volets SUPAA et EMS, opérationnels dès mai 2016. Le volet CMS a débuté en mars 2016, il a été opérationnel dès février 2017.

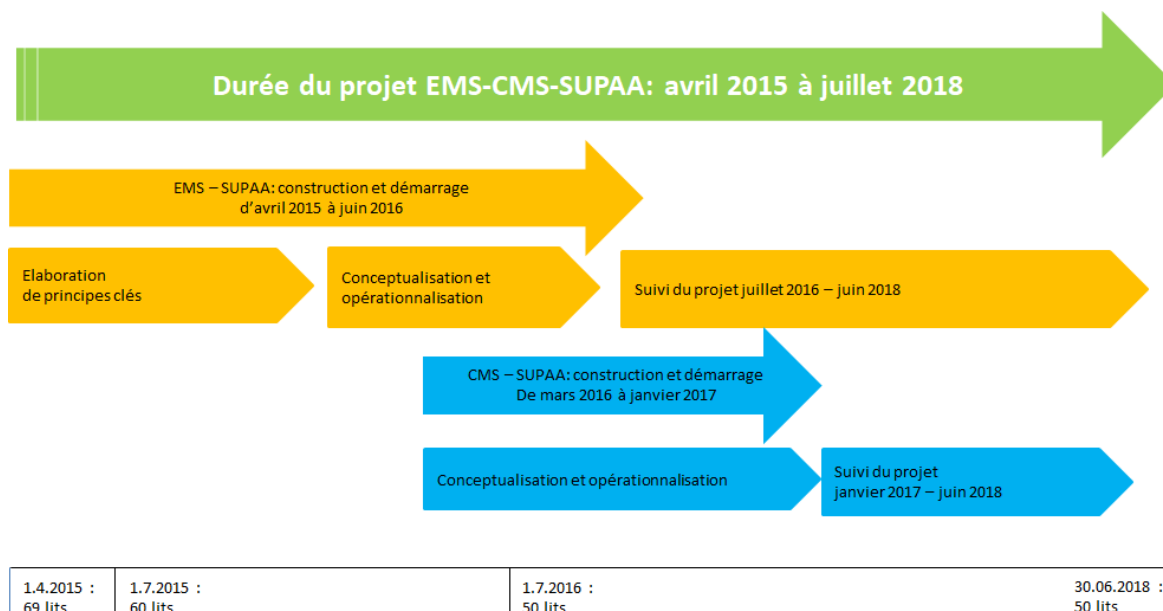


Figure 1. Durée et composantes du projet EMS-CMS-SUPAA

### 4.2. Structure du projet et méthodologie

Pour chacun des volets du projet (EMS et CMS, annexe 1) :

- Le SSP a nommé une cheffe de projet chargée de conduire le projet, le SUPAA a fait de même ainsi que l'AVDEMS ; pour le volet CMS, ce sont les professionnelles accompagnant les changements au sein des institutions qui ont été mandatées.
- Un COPIL a été nommé, sa composition et ses responsabilités ont été définies (annexe 1)
- Un ou plusieurs groupes de travail ont été constitués. Ils étaient composés d'infirmières et de médecins ayant différentes fonctions au sein des institutions (soins, cadres intermédiaires ou supérieurs).
- Les propositions élaborées par les GT ont été validées par le COPIL et le mandant.

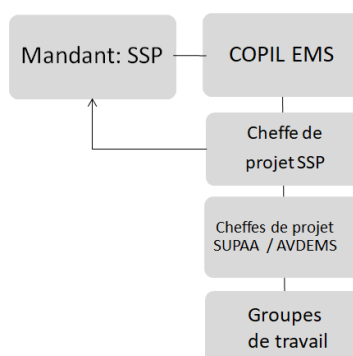


Figure 2. Organigramme du volet EMS

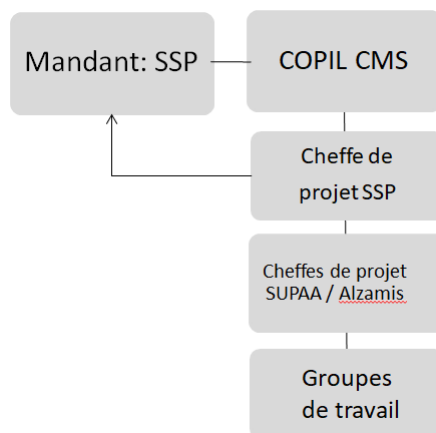


Figure 3. Organigramme du volet CMS

### 4.3. Volet SUPAA (avril 2015 - mai 2016)

Afin de déployer le projet EMS-CMS-SUPAA, « renforcer les interventions de l'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé » et « diminuer le nombre de lits d'hospitalisation »<sup>4</sup>, le SUPAA (HPAA et EMPAA) s'est réorganisé en profondeur. Les éléments principaux de réorganisation qui ont été opérés sont les suivants :

#### Centralisation des demandes d'intervention

- Toute demande d'intervention de l'EMPAA ou d'admission à l'HPAA passe par un infirmier orienteur, fonction nouvellement créée. Ce collaborateur traite la demande en s'appuyant, cas échéant, sur un des médecins de l'EMPAA.
- Un numéro de téléphone unique a été mis en place. Il est mis à disposition de tous les partenaires du réseau, y compris les médecins installés.

#### Fermeture de lits et réorganisation interne

- L'HPAA est passé de 69 lits au 1.1. 2015 à 50 lits au 1<sup>er</sup> juillet 2016.
- Cette diminution de lits a nécessité la fermeture d'une unité, permettant de ce fait un transfert de dotation sur l'EMPAA.
- Si la mission de l'HPAA est restée la même, une réflexion sur l'optimisation des prises en soins a été menée avec les équipes de soins ayant pour but de réduire la durée de séjour notamment.

#### Montée en puissance de l'EMPAA :

- La dotation de l'équipe mobile est passée de 2 EPT (1 EPT médecin et 1 EPT infirmier) à 8 EPT (4 EPT médecins et 4 EPT infirmiers) ainsi qu'un 0.6 EPT de secrétariat. A cela s'ajoute 1 EPT de médecin cadre et 1 EPT infirmier cadre. Cette augmentation de ressources est uniquement le fait de transfert de charges à l'interne du SUPAA.
- Les missions de liaison d'une part, et de consultations d'autre part, ont été attribuées à l'ensemble de l'équipe qui travaille en binôme médecin-infirmier.
- La mission, l'organisation et les conditions d'interventions ont été définies (annexe 2.1 et annexe 3.1)

<sup>4</sup> Objectifs du mandat, page 10

#### **4.4. Volet EMS (avril 2015 - mai 2016)**

Afin de « mettre en place les moyens permettant aux EMS et aux SAMS psychiatriques de maintenir leurs résidents dans leur lieu de vie en cas de détérioration de leur état de santé » et « d'élaborer le dispositif financier et de communication relatif à ces changements »<sup>5</sup>, la démarche suivante a été mise en place.

##### **4.4.1. Analyse de données statistiques concernant les EMS**

Au démarrage du projet et avant de constituer les principes d'un changement de pratique clinique en EMS, le SUPAA a analysé 110 lettres de sortie de résidents ayant été hospitalisés en soins aigus psychiatriques.

Les principales problématiques qui ont été mises en évidence et qui ont vraisemblablement été à l'origine de l'hospitalisation de ces personnes étaient les suivantes :

- Troubles du comportement : 60% des patients hospitalisés présentaient des troubles du comportement (17% déambulation, 47% agitation, 48% agressivité).
- Troubles psychotiques : 21% des patients présentaient des symptômes en liens avec des hallucinations ou délires.
- Troubles thymiques : dans 12% des situations les patients présentaient des symptômes dépressifs ou des troubles de l'humeur.
- Etat confusionnel aigu (ECA) dans 36% des cas.
- Idées suicidaires dans 19% des cas.

A noter que 77% des patients provenant d'EMS étaient adressés en Placement à des fins d'assistance (PLAFA), un taux qui apparaît comme élevé.

Sur les 110 séjours analysés, un retour des résidents dans le même EMS a été possible dans 70% des cas, 15% nécessitaient une réorientation et 4% sont décédés durant l'hospitalisation. Enfin, 12% des patients ont été transférés en milieu somatique.

##### **4.4.2. Constats sur les situations vécues par les équipes de soins des EMS**

Le groupe de travail, lors de ses premières rencontres, et sur la base de l'expérience de ses membres, a fait les principaux constats suivants :

- Il existe une certaine difficulté à gérer les situations de psychiatrie de l'âge avancé sur le long terme (comportements répétitifs, agressivité verbale ou physique vis-à-vis des soignants et/ou des autres résidents) ainsi que des difficultés relationnelles avec les familles qui ont de la peine à admettre certaines détériorations de l'état psychique de leur proche (agressivité, apathie, comportement d'errance, etc.).
- Il est parfois difficile de faire appel à l'EMPAA lorsque le médecin du résident s'y refuse. Le délai d'intervention de l'EMPAA est jugé trop long : impossible d'intervenir avant 1 semaine, car la dotation de l'EMPAA est insuffisante. De même, il existe parfois un important délai entre l'édition de propositions thérapeutiques par l'EMPAA et la prescription de celles-ci par le médecin en charge du résident qui n'est pas sur place et qui modifie la prescription lors de sa prochaine visite.
- Les équipes soignantes d'EMS souffrent d'une dotation insuffisante en personnel qualifié pour faire face à l'état de crise d'un résident.

---

<sup>5</sup> Objectifs du mandat, page 10

#### 4.4.3.Principes clés du volet EMS

Trois principes clés sont tirés de ces constats et structurent le projet :

- Les détériorations de l'état de santé du bénéficiaire devraient pouvoir être anticipées afin de prévenir la crise.
- Cas échéant, lorsque le médecin du résident ne souhaite pas assumer la prescription psychiatrique, l'EMPAA doit pouvoir intervenir en première ligne, ce qui implique avoir la responsabilité de la prescription des mesures non pharmacologiques et pharmacologiques psychiatriques en accord avec le médecin du bénéficiaire.
- Un financement additionnel doit être prévu afin que la structure de soins puisse faire appel à du personnel supplémentaire en cas de crise d'un bénéficiaire.

#### 4.4.4.Structure du volet EMS

S'appuyant sur les constats et les principes clés, le projet d'intervention de l'EMPAA visant à anticiper et/ou à traiter les détériorations de l'état de santé d'un résident s'est structuré de la manière suivante (annexe 2.2) :

- **Définition d'un flux de traitement de la demande**  
*Qui fait quoi, qui transmet quelles données, à qui, lorsqu'une intervention de l'EMPAA est mise en place*
- **Répartition des responsabilités entre le médecin de 1<sup>er</sup> recours et l'EMPAA**  
*Permettant ainsi, cas échéant, à l'EMPAA d'assurer les prescriptions pharmacologiques et non pharmacologiques des résidents*
- **Demande d'intervention du médecin de 1<sup>er</sup> recours à l'EMPAA**
- **Itinéraire clinique**  
*Décrivant les caractéristiques de la prise en soins ainsi que les conditions à respecter lors des transferts interinstitutionnels*
- **Fiche de suivi des signes et symptômes**  
*Afin que les observations ciblées des différentes équipes (EMS, EMPAA, voir HPAA) se fassent à partir de la même trame*
- **Demande de financement additionnel**  
*Ce financement de Frs 3'600.- renouvelable<sup>6</sup> devant permettre à l'EMS de maintenir le résident dans son lieu de vie tout en ayant des ressources humaines supplémentaires afin de gérer la crise*
- **Flux de collaboration EMPAA – EMS**  
*Définissant les éléments essentiels à la collaboration*
- **Flyer destiné aux bénéficiaires, leurs proches et aux équipes soignantes**
- **Présentation de l'ensemble du dispositif**  
*Dans le but de faciliter la compréhension globale du dispositif*
- **Données et indicateurs de suivi**  
*Données quantitatives / temps passé par l'équipe de soins pour la gestion de la crise et intervention de personnel d'appoint*  
*Données qualitatives : questionnaire de satisfaction*

---

<sup>6</sup> Ce montant a été proposé par le SASH, en accord avec les partenaires. Il se base sur un forfait déjà existant appelé forfait d'entrée.



#### **4.5. Volet CMS (mars 2016 – janvier 2017)**

Afin de « renforcer le dépistage et le suivi des personnes âgées atteintes de troubles psychiques (y compris démences) dans la communauté et prévenir les hospitalisations provenant du domicile »<sup>7</sup>, une démarche identique à celle développée pour le volet EMS a été mise en place.

##### **4.5.1. Données statistiques concernant le domicile**

En 2014, les données statistiques analysées par le SUPAA mettent en évidence les chiffres suivants : sur 481 admissions à l'HPAA, 344 proviennent vraisemblablement du domicile<sup>8</sup>, avec ou sans hospitalisation en soins somatiques préalablement à leur hospitalisation à l'HPAA. A la sortie, 294 patients retournent à domicile (61%). Si seuls 107 d'entre eux avaient des prestations CMS à l'entrée, 137 en ont à la sortie.

En 2014 encore, l'EMPAA a effectué 371 interventions à domicile, auprès de 123 personnes. Aucune analyse clinique n'a été ciblée sur les bénéficiaires de l'EMPAA résidant à domicile. Cependant, sur la base de leur pratique, l'équipe a identifié les éléments diagnostics suivants : les patients pris en charge par l'EMPAA à domicile correspondent au large spectre des troubles psychiatriques. Là encore, le motif principal de demande reste les troubles du comportement de type SCPD (agitation, refus de soins, comportement d'errance, agressivité physique et/ou verbale...) se surajoutant à des troubles cognitifs connus ou non au moment de la demande. Viennent ensuite en proportion moindre les troubles thymiques, tant sur le plan dépressif que maniaque, les troubles psychotiques et les états confusionnels. Il existe enfin un certain nombre de situations où le motif d'appel est la présence d'idées suicidaires, peu importe la pathologie psychiatrique sous-jacente.

Une très faible proportion des demandes correspond à des demandes d'évaluation de la capacité de discernement sur des questions très précises.

##### **4.5.2. Constats au niveau des CMS**

Le groupe de travail, composé d'infirmiers/ères en psychiatrie ayant différentes fonctions dans les CMS (infirmière, cadres, consultante en soins infirmiers), sur la base de l'expérience de ses membres, a listé un ensemble d'éléments qui concernent le client et son entourage :

- Difficulté de gestion de l'angoisse du bénéficiaire et de sa famille, solitude et précarité du maintien à domicile, refus d'aide, difficultés de gestion du quotidien entre le patient et les aidants, voire avec le CMS.
- Difficultés de collaboration vis-à-vis des médecins traitants (difficulté à se déplacer rapidement, limites de leurs connaissances en psychiatrie).
- Diversité des outils d'évaluation clinique.
- Barrières architecturales du domicile, rendant la prise en soins difficile.
- Plusieurs freins sont encore cités, ils concernent l'accessibilité financière à certaines prestations et au manque de lits d'hébergement de psychiatrie de l'âge avancé (annexe 2.1).

##### **4.5.3. Principes clés du volet CMS**

Les trois principes clés retenus sont identiques à ceux du volet EMS, mais ont cependant été déclinés différemment :

- Les détériorations de l'état de santé du bénéficiaire devraient pouvoir être anticipées afin de prévenir la crise.
- Cas échéant, l'EMPAA devrait pouvoir intervenir en première ligne, ce qui implique avoir la responsabilité de la prescription des mesures non pharmacologiques et pharmacologiques psychiatriques en accord avec le médecin du bénéficiaire.
- Un financement additionnel devrait alors être prévu afin que le client puisse bénéficier d'un maintien à domicile sans être préterité par le mode de financement ambulatoire. Ce finance-

---

<sup>7</sup> Objectifs du mandat, page 10

<sup>8</sup> cf. note de bas de page 2, p. 8

ment prévoit que le 10% est à sa charge, voire même l'entier du coût de certaines prestations (comme les heures de ménage, de présence et de veille).

#### 4.5.4. Structure du volet CMS

Le mode de renforcement de l'aide et des soins nécessaires en cas de décompensation psychique a été l'élément central de la réflexion du groupe de travail. Il s'agissait d'agir en parallèle sur deux axes principaux : pour le bénéficiaire d'abord, en anticipant si possible l'évolution de son état de santé afin de faciliter son maintien dans un environnement connu, rassurant ; avec et pour les proches aidants ensuite, qui sont bien souvent le pilier du maintien de la personne à son domicile. De ces deux axes découlent une série de mesures qui vont de la nature et de la fréquence des soins et de l'aide dispensés (entre autres de la présence/veille), de la disponibilité du médecin et de l'EMPAA au domicile du bénéficiaire, de la mobilisation et de la disponibilité de structures intermédiaires et, cas échéant, d'un soutien financier.

Ainsi, en s'appuyant sur les constats et les principes retenus, l'équipe projet a adapté et/ou élaboré les documents mis en place dans le volet EMS afin de répondre aux caractéristiques des bénéficiaires vivant à domicile (annexe 3.2) :

- **Définition d'un flux de traitement de la demande.**
- **Répartition des responsabilités entre MPR et EMPAA.**
- **Demandes d'intervention du MPR et de l'équipe soignante à l'EMPAA.**
- **Itinéraire clinique.**
- **Fiche de suivi des signes et symptômes.**  
*Reprenant les documents existants dans les CMS*
- **Principes de financement et gratuité, pour le bénéficiaire, de la prestation « veille et présence » proposée par les Alzamis (annexe 2.3 et 2.4)**
- **Flux de collaboration EMPAA-CMS.**
- **Mise en place de la prestation Alzamis**  
*Possibilité de faire appel, chaque soir, à une collaboratrice ALZAMI PRO afin d'assurer un accompagnement de nuit pendant la période de crise du bénéficiaire. Cette collaboratrice, bénéficiait d'un salaire garanti de 4h, travaille à l'HPAA si aucun appel à domicile ne lui est adressé.*
- **Flyer destiné aux bénéficiaires, à leurs proches et aux équipes soignantes.**
- **Information spécifique destinée aux médecins de la région lausannoise**  
*Courrier et flyer avec n° d'appel à l'EMPAA, article dans le « Courrier du médecin vaudois »*
- **Présentation de l'ensemble du dispositif.**
- **Données et indicateurs de suivi**  
*Deux questionnaires de satisfaction, l'un destiné aux médecins et l'autre aux bénéficiaires*

#### 4.6. Communication

L'information à l'ensemble des partenaires a fait l'objet d'une attention particulière. Coordinée par le SSP, par le COPIL EMS-SUPAA et par le COPIL CMS-SUPAA elle s'est déclinée de la manière suivante.

##### DSAS :

- Un courrier a été envoyé par le chef du Département à l'ensemble des institutions concernées. Ce courrier délimitait le cadre du projet.

##### EMS :

- L'AVDEMS / HévivA a été le relais entre le COPIL et l'ensemble des directions d'EMS.
- Une information réunissant l'ensemble des directions d'institutions a été organisée peu avant le démarrage du projet.
- Les médecins d'EMS (GMEMS) ont bénéficié d'une information spécifique faite par le SSP.
- En collaboration avec le RSRL, un flyer d'information a été élaboré à l'intention des résidents et de leurs familles.

**CMS :**

- Les directions de l'APREMADOL, de l'APROMAD et de la Fondation Soins Lausanne ont fait le lien avec les responsables des CMS mais aussi avec leur faitière, l'AVASAD.
- Une information destinée à chaque équipe de direction des A/F a été organisée peu avant le démarrage du projet.
- Les médecins de toute la région lausannoise ont été directement informés de l'existence de ce projet par un courrier et un flyer spécifique.
- En collaboration avec le RSRL, un flyer d'information a été élaboré à l'intention des clients des CMS et de leurs familles.
- Une information réunissant les directions des OSAD et les infirmières indépendantes a été organisée par le SSP.

**SUPAA :**

- La direction a géré l'ensemble de l'information interne nécessaire, en invitant régulièrement le SSP ou d'autres partenaires en fonction des phases du projet.
- La direction du SUPAA a par ailleurs participé à l'ensemble des démarches d'information destinées aux partenaires et présentées ci-dessus.

## 5. Résultats et discussion

### 5.1. Méthodologie d'évaluation

L'évaluation du projet a été prévue autour de 4 axes (annexe 4.1) :

- Données quantitatives concernant le SUPAA (HPAA et EMPAA)
- Données qualitatives concernant les profils de patients (HPAA et EMS)
- Données quantitatives concernant les financements en EMS
- Données qualitatives concernant la faisabilité et l'acceptabilité du projet par les médecins et les bénéficiaires suivis par les CMS

La présentation qui suit décrit d'abord les données quantitatives relevées par l'EMPAA et l'HPAA puis les données cliniques analysées par l'EMPAA.

Les résultats concernant le volet EMS d'une part, puis le volet CMS d'autre part sont présentés ensuite.

### 5.2. Données d'hospitalisation HPAA 2015 – 2018

Pour comprendre ces données, il est nécessaire de se rappeler que sur décision du chef du DSAS, l'HPAA est passé progressivement de 69 lits au 1<sup>er</sup> janvier 2015 à 50 lits au 1<sup>er</sup> juillet 2016. Le nombre de séjours annuels est ainsi passé de 435 en 2015 à 391 en 2017 (392 extrapolé en 2018).

L'HPAA s'est fortement réorganisé pour pouvoir absorber cette baisse importante du nombre de lits.

Au cours de la période du projet, l'analyse des données d'hospitalisation a mis en exergue les résultats suivants :

- **Le nombre de patients évalués** par l'EMPAA dans leur lieu de vie **puis hospitalisés** augmente entre 2016 et 2018
- **La provenance des patients** : Environ 20% des patients sont directement admis à l'HPAA depuis les EMS. Il existe une tendance à l'augmentation de ces hospitalisations, tant en valeur absolue qu'en pourcentage des patients vus par l'EMPAA et hospitalisés.
- **Les hospitalisations hors secteurs**, c'est-à-dire l'accueil de patients à l'HPAA en provenance d'un autre secteur psychiatrique du Canton, sont restées stables en pourcentage des admissions. En lien avec la fermeture des lits entre 2015 et 2018, cela représente cependant une baisse en valeur absolue.
- **La durée moyenne de séjour** a suivi une baisse progressive passant respectivement de 42 jours à 37 jours sur la fin de la période.
- **Le taux d'occupation** des lits a progressivement augmenté de 91.3 à 93.9%.
- **Le nombre de patients en lit « C »** montre une fluctuation légère, oscillant entre 9 et 14 patients/semestre.
- **Admission le jour même** : augmentation progressive du pourcentage des admissions réalisées le jour même de la demande passant de 65% en 2015 à 82% des demandes en 2018.

Ces résultats montrent que le service a su absorber l'importante baisse de lits. Le nombre global d'admissions en provenance de tous les adresseurs a été réduit, les durées de séjour ont été diminuées et les admissions des patients en dehors de la région centre ont été réduites en proportion. Ces modifications se sont faites dans le cadre d'une amélioration globale du flux puisque l'HPAA est capable d'admettre les patients le jour même de l'admission dans la très grande majorité des cas.

### 5.3. EMPAA, données d'activité et profils des patients

Globalement, les données relevées par l'EMPAA démontrent que le nombre de nouveaux cas pris en charge a augmenté de 20.4% entre juillet 2016 et juin 2018 (annexe 4.6).

Durant la même période, le nombre de patients vus en EMS par l'EMPAA a augmenté de 10.9% et le nombre de patients évalués à domicile a augmenté de 42.5%.

Notons enfin que sur cette période, une trentaine de patients ont encore été évalués par l'EMPAA dans d'autres lieux (cliniques privées notamment).

**Entre mai 2016 et décembre 2017**, sur la base d'un échantillonnage de patients référés à l'EMPAA les chercheurs ont observé les résultats suivants (total de N=333 dossiers ; 70% de femmes, âge moyen 84 ans (écart-type = 8,2), 55% vivant à domicile) :

*Evolution des profils :*

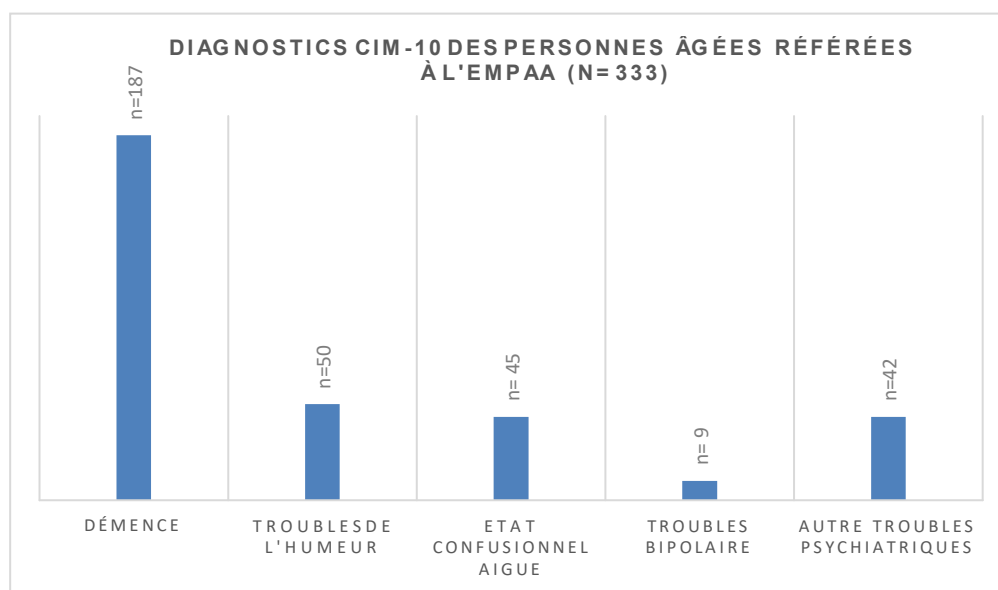
Baseline variable	2016 (n = 97)	2017 (n = 236)	Valeur-p <sup>a</sup>
<b>Âge</b>			
Moyen (±)	83,9 (6,7)	82,5 (8,8)	0,146
Min–Max	66–100	65–101	
<b>Sexe</b>			
Femme (%)	74 (76%)	159 (67%)	0,116
Homme (%)	23 (24%)	77 (33%)	
<b>Lieu de consultation</b>			
EMS (%)	40 (41%)	96 (41%)	0,382
Domicile (%)	55 (57%)	127 (54%)	
Hôpital (%)	2 (2%)	13 (5%)	

Notation. <sup>a</sup> Chi-carré test

On note ainsi que l'augmentation d'activité globale de l'EMPAA s'est faite de manière homogène et nous n'avons pas observé de différence significative au cours du temps sur le profil de la population suivie, ni sur la répartition des lieux de consultations et d'interventions.

*Problèmes et symptômes les plus fréquents*

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant.



On note ainsi que la proportion importante de patients souffrant de démence et les troubles du comportement (Symptômes comportementaux et psychologiques de la Démence – SCPD) associés aux différentes étapes des troubles neurocognitifs ont été la raison la plus fréquente d'appel à l'EMPAA.

Parmi les patients manifestant des SCPD, 190 (66%) présentaient un comportement disruptif sous forme d'agitation, d'agressivité verbale et/ou physique et une résistance aux soins, 29 (10%) montraient des symptômes de trouble de l'humeur avec ou sans symptômes et signes suicidaires, et 20 (7%) présentaient un délirium.

Presque la totalité des personnes âgées souffraient de multiples conditions chroniques (en moyenne trois maladies chroniques).

#### *Nombre d'interventions par patient*

Dans le cadre de cette analyse, on note un total de 883 interventions délivrées, avec une variation de 1 à 17 interventions par personne. La moyenne était d'environ 3 interventions par personne sur la totalité de l'échantillon.

#### *Propositions thérapeutiques*

Renforcer les soins à domicile (médicaux et paramédicaux) et la psychoéducation ont été les propositions non-pharmacologiques les plus fréquentes faites par l'équipe EMPAA. Des propositions d'adaptations environnementales et des interventions de type social ont été également suggérées. Près d'un patient sur 5 a reçu la proposition de visiter régulièrement des structures de soins ambulatoires (CAT, hôpital de jour).

#### *Orientation décidée par l'EMPAA*

Un cinquième des sujets (n = 65 ; 20%) a pu rester dans son lieu de vie (domicile, EMS) après l'intervention de l'EMPAA. Toutefois, 22% des patients ont dû être hospitalisés et 13% ont finalement été admis dans une structure de soins de longue durée (EMS).

### **5.4. Résultats du volet EMS**

**De mai 2016 à fin juin 2018, 335 résidents ont bénéficié de l'intervention de l'EMPAA en EMS. Parmi eux, 55 (16.4%) ont dû être hospitalisés.**

**D'autres données ont été compilées en parallèle par HévivA, elles sont présentées en annexe 7.**

Les données relatives au **profil clinique** des résidents n'ont pas pu être traitées : malgré les demandes de l'équipe de projet, trop peu d'institutions ont complété le questionnaire ; celui-ci a été abandonné en 2017.

Néanmoins, les données relatives à la nature des interventions, la typologie de personnel, le financement et la durée des crises ont pu être récoltées et sont présentées sous le point 5.4.1.

#### **5.4.1. Financements additionnels et durée de crise (01.05.2016 – 30.06.2018)**

**Sur deux ans et deux mois, seuls 91 financements additionnels (18%) ont été demandés pour les 335 patients d'EMS suivis par l'EMPAA.**

A la demande des EMS et de l'EMPAA, 91 financements additionnels ont été attribués par le SASH, pour un coût total de Frs 260'279.-. Seuls 69 cas ont pu être documentés.

Sur la période évaluée, les ressources ont été utilisées différemment durant la gestion de la crise. En 2016, les ressources ont majoritairement été utilisées pour le recrutement d'aides (annexes 4.7 à 4.10). Dès 2017, et malgré une forte présence d'aides, le recrutement d'infirmières, principalement au début de la crise, s'est renforcé, l'apport d'une professionnelle qualifiée semblant plus efficient. Cette tendance s'est poursuivie en 2018.

Nous relevons aussi une significative augmentation du coût de suivi de crise entre 2016 et 2017. Les équipes d'EMS rapportent avoir passé plus de temps en présence de l'équipe mobile de psychiatrie

de l'âge avancé, afin de bénéficier au mieux de leur proposition thérapeutique, probablement grâce au climat de confiance mutuelle qui a pu s'installer.

Nous faisons l'hypothèse que les financements additionnels ont contribué à favoriser le maintien dans le lieu de vie de la personne en situation de crise psychique. Le développement de l'EMPAA a permis sans doute une plus grande présence dans le milieu et auprès de patients jusque-là insuffisamment pris en charge sur le plan psychiatrique. Cette augmentation de la détection des problèmes du patient, comme le montre l'augmentation constante du nombre de personnes prises en charge par l'EMPAA, a probablement pu entraîner une augmentation des hospitalisations des personnes en provenance des EMS de la région lausannoise.

### **Les durées de crise<sup>9</sup> augmentent entre 2017 et 2018**

En 2017, la durée de la crise était en moyenne de 31.8 jours au 1<sup>er</sup> semestre puis de 25.7 jours au second semestre, avec des crises allant de 1 à 138 jours. En 2018, elle était en moyenne de 56 jours avec des crises allant de 8 à 147 jours. Ces chiffres sont cependant sujet à caution car, malgré les critères mis en place, il n'est pas certain que la fin de la crise ait été identifiée avec précision.

## **5.5. Résultats du volet CMS**

Les données présentées concernent les interventions de l'EMPAA ainsi que le résultat des enquêtes de satisfaction complétées par les médecins de 1<sup>er</sup> recours et les bénéficiaires concernés.

**L'évaluation faite par l'APREMADOL, l'APROMAD et la Fondation Soins Lausanne est présentée en annexe 8.**

### **5.5.1. Enquête de satisfaction des médecins, 2017- 2018**

#### **Les médecins globalement satisfaits**

Au total, 177 médecins ont fait appel au moins une fois à l'EMPAA durant la phase de projet. En 2017, 193 questionnaires ont été envoyés aux médecins (taux de réponse de 56%). En 2018, un nouvel envoi de questionnaires a été réalisé (140 questionnaires, taux de réponse 63.5%). Les réponses sont présentées dans le tableau en annexe 5.2.

Dans leurs réponses, les médecins affirment dans 60% des cas que les soins ont permis le maintien à domicile. De la même façon, environ 70% des médecins ont fortement apprécié l'apport des spécialistes en psychiatrie de l'âge avancé dans la prise en charge des patients. Ils ne considèrent pas que l'EMPAA leur ait compliqué leur intervention (10%). Dans une grande majorité des cas (entre 55% et 70%), ils se sont même trouvés soulagés grâce au partage de compétences.

Globalement, les médecins se sont montrés satisfaits du partage des responsabilités dans près de 80% des cas. Ces éléments peuvent être considérés comme des marqueurs forts et encourageants dans une perspective de pérennisation de ce dispositif.

### **5.5.2. Enquête de satisfaction de la clientèle**

#### **Des bénéficiaires qui accepteraient le même type d'intervention**

En 2017, 193 questionnaires ont été adressés aux clients vus par l'EMPAA en 2017 avec 64 réponses (taux de réponses de 32.6%). Un nouvel envoi de 140 questionnaires a été réalisé en 2018 (64 questionnaires reçus, taux de réponse de 45.7%). Les résultats sont présentés en annexe 5 (tableau 5.4).

L'avis des bénéficiaires est largement positif avec plus de deux tiers de personnes qui se positionnent comme ayant apprécié le renforcement (coté 8, 9 ou 10 sur une échelle de 1 (n'a pas du tout apprécié) à 10 (a beaucoup apprécié)).

---

<sup>9</sup> La durée de crise correspond à l'espace-temps allant du jour où l'équipe soignante fait appel à l'EMPAA au jour où la crise est considérée comme stabilisée / ou le résident est hospitalisé.

Une proportion importante de bénéficiaires pense que les soins à domicile leur ont permis de rester à domicile (68% en 2017 et 73% en 2018). Les consultations de l'EMPAA ont été jugées globalement utiles.

Enfin, il est possible de relever que trois quarts des personnes interrogées accepterait le même type de soins (environ 75%). Cette tendance est très encourageante dans une volonté de pérennisation du dispositif.

### **5.5.3. Financement des prestations Alzamis PRO**

#### **Seulement trois demandes sur 1 an**

De juillet 2017 à fin septembre 2018 inclus, trois demandes de présence/veilles ont été sollicitées, mais seules deux d'entre elles ont été réalisées car, pour la 3<sup>e</sup> situation, la famille a préféré assumer la nuit elle-même.

Ainsi, la volonté de mettre en place une réponse possible de nuit, permettant de soulager la famille pendant la période de la crise et, de ce fait, de prévenir l'hospitalisation par épuisement des proches n'a pas du tout fonctionné. A la question du pourquoi, régulièrement évoquée durant le suivi du projet, les CMS relèvent les réticences des familles qui ne souhaitent pas voir une personne extérieure entrer dans leur intimité plusieurs heures d'affilée et ce malgré la gratuité de la prestation.

### **5.5.4. Alzamis pro : évaluation de leur participation au volet CMS du projet**

#### **Un avis positif malgré quelques difficultés d'intégration**

Au départ du projet, 16 collaboratrices s'étaient engagées dans le projet. En octobre 2018, elles étaient encore 9. Le questionnaire de satisfaction a été transmis à l'ensemble du groupe ayant participé à cette démarche et 14 d'entre elles, soit 87.5%, ont répondu au questionnaire qui leur a été envoyé (annexe 6.1). Leurs commentaires portent sur leur présence à l'HPAA puisque seules deux situations ont été suivies à domicile.

Elles estiment que leur présence a été utile et rassurante pour les patients, permettant de diminuer l'angoisse et la prise de médicaments. Ces collaboratrices sont plus sceptiques sur le plus qu'elles ont apportés aux équipes de soins de l'HPAA : présence utile au patient, certes, mais également un sentiment de bouche-trou, d'effectuer un travail d'aide (vider les poubelles, ranger la vaisselle). Par contre, elles relèvent la belle expérience vécue, leur rencontre avec certains patients, la découverte d'un autre milieu de soins, l'ouverture à de nouvelles pratiques et à des pathologies psychiatriques autres que les démences.

Elles ont rencontré des difficultés avec les équipes et l'organisation du travail : manque de compréhension du sens de leur présence dans les services, difficulté d'intégration (pas de présentation des locaux, etc...).

Pourtant, malgré les difficultés vécues, six d'entre elles réitéreraient cette expérience et trois d'entre elles y renonceraient.

### **5.5.5. HPAA : Evaluation de l'apport de la présence des Alzamis pro**

Globalement, pour les équipes de l'HPAA, et malgré quelques difficultés, la présence chaque soir, depuis septembre 2017, d'une collaboratrice Alzami pro à l'HPAA a été jugée positive. Les points positifs relevés sont une présence accrue auprès de patients en début de nuit, la découverte d'un milieu de soins aigus et un apprentissage pointu de connaissances en psychiatrie de l'âge avancé, les échanges entre professionnels. Dans les points d'amélioration, l'équipe de l'HPAA relève parfois un



manque de connaissance et de capacité d'initiative. Au final, si c'était à refaire, l'HPAA reconduirait cette expérience (annexe 6.2).

## **5.6. Financement de l'ensemble du dispositif.**

L'ensemble du dispositif a coûté au DSAS la somme de 327'925.-. Ce financement se répartit de la façon suivante.

### **5.6.1. Financement de l'adaptation des structures du SUPAA**

Pour le SUPAA, il s'agit d'une opération neutre sur le plan financier, entre fermeture des lits d'une part et transfert ou recrutement du personnel soignant nécessaire au renforcement de l'EMPAA d'autre part.

### **5.6.2. EMS : financements de crises**

A la demande des EMS et de l'EMPAA, 91 financements additionnels ont été attribués par le SASH, pour un coût total de **Frs 260'279.-** entre le 1<sup>er</sup> mai 2016 et le 30 juin 2018.

Entre 2016 et 2018, l'analyse des données met en évidence une augmentation des coûts pour le 1<sup>er</sup> semestre 2017, puis une stabilisation sur le second semestre, en lien selon les directions d'EMS avec une priorisation des renforts sollicités. Le montant moyen pour la gestion d'une crise en EMS reste au-dessus des Frs 3'600.- alloués par le SASH, avec un montant moyen sur 2017 de Frs 4'583.- dépensés par les EMS et par situation. Les chiffres sont très variables, s'étalant de Frs 578.- à plus de Frs 15'000.- pour une situation. La majorité des dépenses se trouvent cependant sous la barre des Frs 3'600.- (12 sur 17 en 2016, 21 sur 41 financements en 2017).

### **5.6.3. CMS : financements présence / veilles**

- Le coût total du dispositif de présence/veilles est de **Frs 67'595.50**.
- Seules deux situations ont été financées pour un coût Frs 4'659.50.-.
- Quant au coût des heures travaillées par les Alzamis pro à l'HPAA, il s'est élevé pour le SSP à la somme de Frs 62'936.-.

## **5.7. Discussion**

S'appuyant sur une réflexion globale de santé publique, le chef du Département de la santé et de l'action sociale a souhaité renforcer la prise en soins communautaire par différentes actions portant sur les structures de soins ainsi que sur les modalités de prises en soins et leur financement. Si, comme on pouvait s'y attendre, le projet a eu les effets attendus (augmentation des demandes de consultation et de suivis auprès d'une équipe de spécialistes, collaboration interinstitutionnelle accrue), il met aussi en évidence les améliorations à apporter au système de soins considéré dans ce projet.

Ainsi, pour les EMS, il s'agira d'identifier les renforcements des compétences attendues des équipes (typologie des professionnelles et formation), l'accompagnement et le soutien de celles-ci, ainsi que les modalités de financement des situations de crise ceci afin de développer encore la qualité de la prise en soins.

Pour les personnes vivant à domicile, seule une OSAD a fait appel au dispositif et aucune infirmière indépendante ne l'a sollicité alors que ces structures ou professionnelles avaient été informées de cette possibilité.

Concernant les personnes vivant à domicile, la quasi-absence de demande de prestations de veille proposée par les Alzamis pro<sup>10</sup> nécessiterait une réflexion permettant d'identifier les obstacles auxquelles cette prestation se heurte.

Pour la population de ce canton, il paraît nécessaire d'accompagner les changements de prise en soins par des messages forts sur les bénéfices du maintien à domicile, en les accompagnants des moyens nécessaires, car l'hospitalisation reste tout-de-même un moyen de répit pour l'entourage.

Enfin, les données financières à notre disposition se sont limitées à mesurer le coût additionnel versé par l'Etat dans le but de rendre possible le maintien d'un certain nombre de personne âgée décompensées psychiquement dans leur lieu de vie. Faut de données plus approfondies, les coûts/bénéfices d'un tel projet pour l'ensemble du système de soins ainsi que le coût du temps passé par les acteurs à la mise en place du projet n'ont pas été mesurés.

#### **5.7.1. Résultats concernant les autres objectifs du mandat**

Le mandat attribué par le chef du DSAS au SSP comprenait également d'autres objectifs que ceux évalués ci-dessus (cf. p.10).

Si la mise en place de ce projet a contribué à l'amélioration des flux de patients, certains objectifs n'ont pas été atteints : la mise en place de lits de crise ainsi que le développement éventuel de SAMS de psychiatrie de l'âge avancé seront reprises dans la mise en place des mesures prévues par le « Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022. »

D'autres, qui concernent la formation et le recrutement de personnel qualifié en psychiatrie de l'âge avancé, ont fait l'objet de discussion entre le SSP et les acteurs institutionnels. Cependant, aucun consensus sur le type de formation complémentaire à mettre en place n'a pu se dégager.

---

<sup>10</sup> Il s'agit d'une problématique récurrente dans les soins à domicile en général où la mobilisation ponctuelle de veilleuses se fait peu, à l'exception de situations de handicap chronique ou de fin de vie<sup>10</sup> : en 2017, l'Apromadol a dispensé 0% d'heures de veilles sur l'ensemble des heures OPAS et non OPAS, l'Apromadol 0.25% et la FSL 0.25%.

## 6. Recommandations

Au terme de ce projet visant à améliorer la prise en charge sur le lieu de vie des patients âgés en situation de crise psychique, les recommandations faites concernent deux axes et s'intègrent dans les mesures prévues par le « Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022 » :

- **Extension des interventions aiguës au champ somatique pour les EMS et les CMS**
  - *Développer la capacité des équipes de soins dans la prise en charge de situations aiguës en institution ou à domicile (en termes de formation, logistique, dotation, collaboration avec les médecins de 1<sup>er</sup> recours, les équipes mobiles, collaboration interinstitutionnelle).*
  - *Poursuivre les efforts d'intervention en amont des crises par des actions de dépistage ciblées sur les individus / les groupes.*
  
- **Dispositif de renfort à domicile**
  - *Elargir l'ensemble des structures favorisant le maintien à domicile en développant des alternatives à l'hospitalisation telles que lits d'accueil temporaires médicalisés, équipes mobiles, télémédecine, moyens diagnostics à domicile, présence et veilles, évolution des structures intermédiaires actuelles.*
  - *Faciliter l'accès à l'ensemble des structures par une modification de la gestion des flux de patients et par la mise en place de gestionnaires de cas.*

## 7. Conclusion

Le projet « dispositif pilote de dispensation de soins aigus dans le lieu de vie des résidents en EMS ou à domicile souffrant de décompensation psychique » est arrivé à son terme fin 2018. Dès janvier 2019, il devient un des éléments inclus dans le projet d'optimisation de la réponse à l'urgence communautaire voulu par le Département de la santé et de l'action sociale. Développé dans la région lausannoise uniquement, il sera progressivement déployé dans les autres régions du canton.

Le déroulement de ce projet, dans lequel nombre d'acteurs se sont impliqués, démontre la capacité de remise en question des structures et des équipes soignantes, dans un contexte difficile de fermeture de lits avec ses effets systémiques. Il aura permis aussi un partage de compétences, un approfondissement de celles-ci, entre différentes équipes soignantes.

Il met aussi en évidence les faiblesses de nos systèmes de soins : obstacles dans la collaboration interinstitutionnelle, manque de moyens de transmissions des données des bénéficiaires, manque et/ou difficultés à relever des données statistiques, compétences cliniques parfois lacunaires ou non adaptées à la complexification des situations à prendre en soins.

La rapidité de l'évolution d'éléments contextuels tels que les éléments épidémiologiques, effets démographiques sur les systèmes de santé, économicité de ces mêmes systèmes, connaissances scientifiques, obligent les acteurs à des adaptations constantes. Ce projet aura permis d'explorer une forme alternative de prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles psychiques par le renforcement de la coordination et de la collaboration interdisciplinaire, dont le but est avant tout de se centrer sur le bien-être du bénéficiaire.

## 8. Bibliographie

- Association Alzheimer suisse, prévalence des démences. info@alz.ch, 2018.
- Barman PO. Hospitalisation des personnes en provenance d'EMS. Lausanne : Service de la santé publique ; 2014.
- Carron PN, Dami F, Yersin B, Toppet V, Burnand B, Pittet V. Increasing prehospital emergency medical service interventions for nursing home residents. Swiss Med Wkly. 2015 ;145 : w14126.
- DSAS. Avant-projet de loi sur les régions de santé (LRsa). Lausanne, 2017.
- Gillès de Pélichy E, Ebbing K, Matos Queiros A, Hanon C, von Gunten A, Verloo H, et al. Demographics, Clinical Characteristics, and Therapeutic Approaches among Older Adults Referred to Mobile Psychiatric Crisis Intervention Teams: A Retrospective Study. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra. 2018;8(3):402-13.
- Moreau A. Perspectives de population 2015 – 2040 Vaud et ses régions. Lausanne: Département des finances et des relations extérieures; 2016
- Nouveaux modèles de soins pour la médecine de 1<sup>er</sup> recours. Rapport du groupe de travail de la CDS. Berne, avril 2012.
- OBSAN. La santé psychique en suisse – monitoring 2016. Neuchâtel, 2016.
- Dr Nicolas Ochs, Prof Jacques Cornuz, Pr Dr Nicolas Senn. Médecine de famille et coordination des soins : revue de la littérature et perspectives pour le canton de Vaud. Lausanne, Polyclinique médicale universitaire, 2015.
- OBSAN, Dossier 55. La médecine de famille en Suisse. Neuchâtel 2016.
- OBSAN, Dr. H. Jaccard Ruedin. Démographie médicale et besoins médicaux en 2030. Berne, octobre 2009.
- OFSP. La population de la Suisse 2017. Neuchâtel : Confédération suisse ; 2018.
- OFSP. Rapport Santé 2020, Berne, 2013
- OFS. Scénarios de l'évolution de la population. Résultats du scénario de référence
- Statistique Vaud. Prospectif no3. Prise en charge médico-sociale et sanitaire des seniors à l'horizon 2040 ; septembre 2017.
- SVM. Le Courrier du Médecin Vaudois Lausanne : Société Vaudoise de Médecine ; 2016 [Available from : <http://www.svmed.ch/publications/courrier-du-medecin-vaudois/>].
- Vaud Ed. Politique cantonale du canton de Vaud "Vieillissement et santé" Rapport du comité d'experts. Lausanne ; 2012.