

ARCOS

Association « Réseau de la Communauté Sanitaire de la région lausannoise »

en collaboration avec
le Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique du CHUV,
la Polyclinique Médicale Universitaire,
les Etablissements médico-sociaux de Béthanie, Clémence et l'Orme, ainsi que
l'Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile dans la
couronne lausannoise

avec le soutien
du Service de la Santé Publique du canton de Vaud et de
l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile

Projet Géri-A-Com

« Gériatrie ambulatoire et communautaire »

Bilan d'activité et perspectives d'avenir

Stéphanie Monod
Marylaure Garcia
Cécile Amatéis
Thierry Barez
Dominique Bersier
Marianne Desarzens
Suzette Dubrit
Stéphane Grosjean
Hélène Jaccard-Ruedin
Aurélié Rosemberg

TABLE DES MATIERES

1	Préambule.....	4
2	Synthèse du rapport	5
2.1	Volet 1 : Mise en place d'une consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie.....	5
2.2	Volet 2 : Mise en place d'une collaboration gériatrique dans les unités courts séjours des EMS du réseau ARCOS.....	6
2.3	Volet 3 : Développement d'un modèle de collaboration entre médecins de premier recours et un infirmier spécialisé en gériatrie.....	8
2.4	Volet 4 : Collaboration avec les CMS pour l'interprétation des données issues du RAI.....	8
3	Projet Géri-A-Com : Contexte et objectifs.....	10
3.1	Contexte démographique	10
3.2	Objectifs du projet Géri-A-Com.....	10
3.3	Cohérence du projet avec les différents axes stratégiques.....	11
3.4	Financement du projet Géri-A-Com.....	11
3.5	Structure-projet.....	11
4	Rapport d'activité	13
4.1	Introduction.....	13
4.2	Volet 1 : Consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie	14
4.2.1	Introduction	14
4.2.2	Objectifs	14
4.2.3	Consultation spécialisée de gériatrie pour venir en appui aux médecins praticiens.....	14
4.2.4	Suivi de patients d'âge gériatrique en ambulatoire à la PMU et/ou à domicile.....	19
4.2.5	Formation des futurs médecins de premier recours.....	21
4.3	Volet 2 : Collaboration gériatrique dans les unités courts séjours des EMS du réseau.....	23
4.3.1	Présentation du court séjour	23
4.3.2	Evolution des courts séjours 2007-2012	24
4.3.3	Hypothèses de travail et objectifs du volet 2	28
4.3.4	Analyse systématique du profil des bénéficiaires de court séjour gériatrique	28
4.3.5	Modules de formation clinique et mise en place d'un colloque interdisciplinaire en court séjour	38
4.3.6	Mise en place d'un programme de prévention des chutes en court séjour.....	39
4.4	Volet 3 : Modèle de collaboration entre médecins de premier recours et un infirmier spécialisé en gériatrie	45
4.4.1	Objectifs	45
4.4.2	Processus mis en place	45
4.4.3	Bilan.....	47
4.5	Volet 4 : Collaboration avec les CMS pour l'interprétation des données issues du RAI.....	48
4.5.1	Introduction	48
4.5.2	Brève présentation du RAI (Resident Assessment Instrument).....	48
4.5.3	Objectifs	49
4.5.4	Processus mis en place	50
4.5.5	Bilan.....	50
5	Etats financiers.....	51
6	Annexes	52
6.1	Evolution des courts séjours dédiés du BRIO d'ARCOS entre 2007 et 2012.....	52
6.2	Volet 2, document de recueil de données.....	54
6.3	Volet 2, extrait de la « check-list » concernant l'environnement immédiat	58
6.4	Volet 2, extrait de la « check-list » architecturale de l'environnement général	58
7	Glossaire des abréviations	60

1 Préambule

Ce rapport présente le projet « Gériatrie ambulatoire et communautaire » (Géri-A-Com) mené du 1^{er} janvier 2010 au 30 juin 2012 sous l'égide du réseau ARCOS « Association Réseau de la Communauté sanitaire de la région lausannoise ».

Ce projet a vu le jour grâce à un financement et à la mise en œuvre d'une étroite collaboration entre ARCOS, le Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique (GER) du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), la Policlinique Médicale Universitaire (PMU), le Service de la Santé Publique (SSP) du canton de Vaud, l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD) et l'Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile dans la couronne lausannoise (APROMAD).

Afin d'en permettre une lecture plus aisée, le rapport est rédigé au masculin, les différents termes utilisés s'entendant toutefois au masculin et au féminin.

Le rapport est construit de la manière suivante : le chapitre 2 présente la synthèse du rapport, le chapitre 3 le contexte et les objectifs du projet, le chapitre 4 le rapport d'activité détaillé, le chapitre 5 les états financiers, le chapitre 6 les annexes et le chapitre 7 le glossaire des abréviations utilisées.

Ce rapport s'adresse à l'ensemble des membres et partenaires du réseau ARCOS ainsi qu'aux personnes et institutions intéressées par le domaine de la personne âgée.

Le réseau ARCOS remercie l'ensemble des partenaires et personnes ayant activement participé et/ou soutenu la réalisation du projet Géri-A-Com et ainsi contribué à son succès. Il émet le souhait que les résultats du projet puissent servir de base de réflexion pour des développements futurs et une meilleure prise en charge des personnes âgées dans le canton.

2 Synthèse du rapport

Le projet **Géri-A-Com** a été lancé en janvier 2010 au sein du réseau sanitaire lausannois ARCOS sur l'initiative du Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique du CHUV afin de :

- contribuer à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées vivant dans la communauté ;
- permettre, à terme, une diminution des hospitalisations et une meilleure orientation des personnes âgées dans le réseau de soins ;
- améliorer la formation des futurs médecins praticiens.

Pour répondre à ces objectifs, **quatre volets** ont été modélisés :

- **Volet 1** : Mise en place d'une consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie ;
- **Volet 2** : Mise en place d'une collaboration gériatrique dans les unités courts séjours des établissements médico-sociaux (EMS) du réseau ARCOS ;
- **Volet 3** : Développement d'un modèle de collaboration entre médecins de premier recours et un infirmier spécialisé en gériatrie ;
- **Volet 4** : Collaboration avec les centres médico-sociaux (CMS) pour l'interprétation des données issues du RAI¹.

2.1 Volet 1 : Mise en place d'une consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie

Le projet Géri-A-Com a permis de consolider la **consultation interdisciplinaire** (médecins, infirmiers, physiothérapeutes et ergothérapeutes) **de gériatrie** pour venir en appui aux médecins praticiens dans la prise en charge de personnes âgées, notamment celles avec besoins complexes (situations difficiles).

Cette consultation offre aux médecins de premier recours la possibilité de solliciter un bilan gériatrique complet pour leurs patients âgés. L'analyse des données de cette consultation montre qu'elle permet **d'améliorer le dépistage des syndromes gériatriques** associés à un risque accru de morbidité, de déclin fonctionnel et d'hospitalisation (par exemple troubles cognitifs, troubles de la marche et de l'équilibre, polypharmacie). Par contre, il est probable que la seule identification de ces syndromes ne suffise pas à en améliorer la prise en charge et donc à prévenir le déclin fonctionnel. Une aide à la mise en œuvre des recommandations et un suivi devraient impérativement être mis en place pour atteindre cet objectif.

Cette consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie, basée à la PMU, est devenue un lieu unique de **formation** des futurs médecins praticiens. L'activité de formation proposée dans ce contexte semble clairement en adéquation avec les besoins de ces jeunes médecins.

La consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie doit encore être pérennisée au sein du Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique. Un financement via la Politique cantonale « Vieillesse et Santé » a été obtenu pour 2013.

Actuellement, ce modèle de consultation est **en place dans les trois autres réseaux** de soins du canton. Une coordination de l'activité de ces consultations ambulatoires et communautaires de gériatrie est assurée par le Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique du CHUV, dans le cadre de la Politique cantonale « Vieillesse et Santé ».

1 Resident Assessment Instrument

Recommandations :

La consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie du réseau ARCOS devrait être maintenue avec les objectifs spécifiques suivants :

- Consolider la consultation comme lieu de **référence** pour les médecins de premier recours et lieu de **formation** des futurs praticiens ;
- Développer une consultation spécialisée « **chutes** » afin de promouvoir le développement de mesures de prévention primaire et secondaire des chutes dans la communauté ;
- Contribuer à optimiser les **interfaces** et les processus de **transition** entre l'hôpital et la communauté, en offrant aux médecins traitants une aide dans cette phase de transition ;
- Développer la collaboration entre médecins de premier recours et infirmiers spécialisés en gériatrie pour favoriser **la mise en œuvre des mesures de prévention du déclin fonctionnel** (volet 3).

2.2 Volet 2 : Mise en place d'une collaboration gériatrique dans les unités courts séjours des EMS du réseau ARCOS

Dans le cadre de la politique de promotion du maintien à domicile, le court séjour (CS) a été conçu pour répondre à diverses situations, en particulier pour décharger temporairement l'entourage du patient et familiariser le bénéficiaire avec la vie en EMS. Le court séjour bénéficie de dotations similaires au long séjour.

Or, depuis 2010, sur le réseau ARCOS, environ 45% des bénéficiaires de court séjour gériatrique proviennent du CHUV. Face à ce constat, le projet Géri-A-Com a souhaité analyser plus finement le profil des bénéficiaires de court séjour gériatrique afin d'identifier, d'une part, les besoins en soins des patients accueillis et, d'autre part, les besoins en formation des professionnels y travaillant.

Une analyse systématique² du profil des bénéficiaires des courts séjours gériatriques de la Fondation Clémence et de l'Institution de Béthanie, en provenance du CHUV ou en urgence du domicile, a montré que :

- 80% de ces admissions dans ces 2 unités³ proviennent de services de soins aigus du CHUV ;
- Les motifs de recours les plus fréquents sont les chutes et leurs conséquences, dont l'immobilisation d'un membre (47%) ;
- Les bénéficiaires des courts séjours sont des personnes globalement très âgées, présentant une dépendance fonctionnelle importante dans les activités de base de la vie quotidienne (AVQ médian plus bas que les patients hospitalisés en centre de traitement et réadaptation [CTR]) ;
- 91% des bénéficiaires présentent au moins 4 syndromes gériatriques en plus de leurs diagnostics médicaux habituels ;
- Les syndromes gériatriques les plus fréquents sont les troubles de la marche et de l'équilibre, les antécédents de chutes, la présence d'une ostéoporose clinique et les troubles cognitifs ;
- 70% des bénéficiaires avaient une prescription de 7 médicaments ou plus ;
- Suite à l'évaluation gériatrique, un séjour en CTR a finalement été proposé à 25% des bénéficiaires de court séjour inclus dans l'étude ;
- Trois mois après la sortie du court séjour, 70% des bénéficiaires sont à domicile, 15% ont été admis définitivement en EMS et 6% sont hospitalisés en soins aigus ou en CTR ;

² Voir ci-après sous chiffre 4.3.4.2 (analyse sur une période de deux fois 3 à 4 mois) et 4.3.4.3 (N=114)

³ A noter que ces 2 unités ne sont pas représentatives de l'ensemble des unités courts séjours au sein du réseau en termes de prise en charge. Voir ci-après graphiques 12 et 13.

- La fréquence de passage du CMS avant le court séjour est un élément prédictif du maintien à domicile à 3 mois ;
- Avoir plus de 3 *drapeaux rouges* (voir ci-après sous chiffre 4.3.4.2) lors de l'admission en court séjour identifie des bénéficiaires à risque plus élevé d'être hébergé en EMS 3 mois après la sortie du court séjour.

Sur la base de cette analyse, trois objectifs pour l'amélioration de la prise en charge des bénéficiaires des courts séjours ont été discutés et mis en place :

1. Mise en place d'un module de **sensibilisation à l'évaluation fonctionnelle** pour l'équipe de l'unité court séjour de la Fondation Clémence ;
2. Mise en place d'un **colloque interdisciplinaire** à la Fondation Clémence ;
3. Mise en place d'un **programme pilote de prévention des chutes** à la Fondation de l'Orme (EMS à mission psychogériatrique).

Globalement, ce volet 2 « Mise en place d'une collaboration gériatrique dans les unités courts séjours des EMS du réseau ARCOS » a généré beaucoup de nouvelles données sur le profil des bénéficiaires de court séjour, leurs besoins relatifs en soins, les besoins en termes de formation des équipes et, plus généralement, sur le système de soins.

Les bénéficiaires des courts séjours gériatriques en provenance du CHUV ou admis en urgence depuis le domicile présentent un profil (en termes d'âge moyen et de profil de dépendance) très similaire à celui de patients admis en CTR. Dans l'étude réalisée, ¼ des bénéficiaires auraient pu/dû être adressés en CTR suite à l'évaluation gériatrique réalisée.

Néanmoins, pour les ¾ des bénéficiaires, l'orientation en court séjour gériatrique semble pertinente en termes d'orientation dans le réseau de soins. Il apparaît en effet rationnel que les patients ayant un membre fracturé et immobilisé ne soient pas admis en CTR. Toutefois, ces patients sont à haut risque de déclin fonctionnel et devraient aussi bénéficier de mesures de prévention du déclin (notamment certaines prestations de physio- et ergothérapie). En effet, l'immobilisation d'un membre (inférieur ou supérieur) ne contre-indique en général pas les mesures (en particulier physiothérapie) de préservation des capacités fonctionnelles du patient et de prévention du déconditionnement. Or, ces prestations ne font pas partie des prestations de base en court séjour. La philosophie de soins y est plus proche de celle de l'EMS long séjour (maintien des acquis) que de celle d'un hôpital de réadaptation (récupération fonctionnelle, reconditionnement). Elle devrait se trouver à mi-chemin.

Par ailleurs, les personnes admises en court séjour participent financièrement tant à leur séjour hôtelier qu'à leurs prestations de soins, alors que ceux hospitalisés sont au bénéfice d'un tarif de type hospitalier (participation moindre).

Enfin, la Fondation Clémence a tiré un bilan très positif du projet, les objectifs du volet ayant été atteints en ce qui concerne notamment les compétences développées au sein de ses équipes et des nouvelles collaborations mises sur pied avec les partenaires.

Recommandations :

- Reconsidérer la **mission** des courts séjours gériatriques (y compris la participation financière des bénéficiaires), en tenant compte de l'utilité de ce lieu de soins dans le système sanitaire actuel ;
- Adapter les prestations de soins, notamment pour les patients admis depuis le CHUV, en déployant plus largement les prestations de **physiothérapie** et d'**ergothérapie** ;
- Soutenir la mise en place de processus **d'évaluation fonctionnelle gériatrique** au sein des unités courts séjours ;
- Soutenir l'activité de **liaison** entre institutions hospitalières, EMS et domicile pour assurer une transition efficace de ces patients à haut risque de réadmission dans le système de soins ;
- Diffuser le programme de **prévention des chutes** au sein des EMS intéressés.

2.3 Volet 3 : Développement d'un modèle de collaboration entre médecins de premier recours et un infirmier spécialisé en gériatrie

Les objectifs spécifiques de ce modèle de collaboration étaient de soutenir les médecins de premier recours dans la prise en charge de patients complexes, notamment pour des aspects de **coordination, soutien et suivi des interventions de prévention** du déclin fonctionnel.

Le projet Géri-A-Com a offert la possibilité de tester un modèle innovant. Ce modèle a d'ailleurs également servi de base à la conceptualisation d'autres projets, notamment la filière de réadaptation gériatrique **REAGER-READOM**.

L'expérience acquise a permis de récolter des informations importantes sur la pertinence d'un tel modèle. Tout d'abord, ce type de collaboration s'adresse principalement aux patients dont les suivis sont **complexes**, soit parce qu'il y a de nombreux intervenants dans la situation, soit parce que le patient ou ses proches refusent l'aide proposée, malgré un important besoin. D'autre part, ce modèle est vécu en général comme une aide par le médecin de premier recours. Ce dernier peut se sentir déchargé d'une partie du suivi, sans pour autant perdre le « leadership ». Quelques expériences ont montré que lorsque la collaboration est bonne avec le médecin traitant, celui-ci délègue ensuite l'entier de la coordination des interventions communautaires.

Finalement, cette expérience a également montré le **potentiel de développement de la pratique infirmière** comme professionnel coordinateur capable d'activer les différents intervenants du réseau de soins. Sur la base d'une évaluation gériatrique structurée, discutée au préalable avec le gériatre, l'infirmier peut œuvrer ensuite directement comme conseiller auprès du médecin traitant et proposer des interventions pertinentes, y compris en ce qui concerne la prise en charge des syndromes gériatriques.

Recommandations :

- Poursuivre la **réflexion** autour de ce modèle dans le cadre de la Politique⁴ cantonale « Vieillesse et Santé », notamment avec l'axe 2 « Coordonner les soins pour mieux vieillir chez soi » et les recommandations R2 « Renforcer la 1ère ligne dans la prise en soins des personnes âgées » et R4 « Améliorer la continuité et la coordination des soins » ;
- Développer une **terminologie** appropriée pour décrire, d'une part, l'activité clinique en binôme avec le médecin traitant et, d'autre part, la notion de coordination au niveau réseau (case management).

2.4 Volet 4 : Collaboration avec les CMS pour l'interprétation des données issues du RAI

L'implémentation de la méthode RAI dans les CMS remet en cause une partie des pratiques des professionnels des soins à domicile. Néanmoins, c'est une opportunité majeure pour améliorer la prise en charge des personnes âgées recourant aux soins à domicile. Certains syndromes gériatriques, banalisés et/ou souvent encore considérés comme une fatalité (incontinence urinaire, troubles cognitifs, chutes), sont mis en évidence par les tableaux d'alarme et les soignants vont être amenés à considérer de nouvelles pistes de prise en charge et notamment de prévention du déclin fonctionnel.

L'objectif de cette collaboration avec les CMS était de **soutenir l'implémentation de la méthode RAI** dans les CMS en contribuant spécifiquement à la **formation** des professionnels et en développant un modèle pertinent de **transmission** des données RAI aux médecins traitants.

L'expérience déployée dans ce volet 4 a montré que les professionnels sont rapidement convaincus par la méthode et se l'approprient d'autant mieux lorsqu'ils en perçoivent la pertinence dans la prise en charge directe de leurs clients.

⁴ Programme consultable sous www.vd.ch/autorites/departements/dsas/sante-publique/publications/

Cette collaboration est actuellement poursuivie au sein de l'APROMAD⁵, dans le cadre de la formation de tous les référents RAI.

Recommandations :

- **Déployer** ce type de collaboration entre CMS et médecins gériatres à l'échelon cantonal (AVASAD⁶) ;
- Poursuivre la sensibilisation des **médecins traitants** au RAI. Il est en effet important que les médecins s'approprient également le RAI ;
- Poursuivre la réflexion autour de l'utilisation de la méthode RAI dans les différents lieux de soins et des enjeux de **transmission d'information** (Politique cantonale « Vieillesse et Santé »).

⁵ Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile dans la couronne lausannoise

⁶ Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile

3 Projet Géri-A-Com : Contexte et objectifs

3.1 Contexte démographique

Selon les scénarios d'évolution démographique (Office fédéral de la santé publique [OFSP] et Service cantonal de recherche et d'information statistique [SCRIS]), une augmentation significative de la proportion de personnes âgées dans la population est prévisible. A l'horizon 2020, la proportion de personnes de plus de 65 ans passera d'environ 15% actuellement à près de 20%. La population des plus de 80 ans est celle qui s'accroîtra le plus rapidement (parmi les personnes de plus de 65 ans, environ une sur trois aura plus de 80 ans en 2020). Ce vieillissement de la population aura pour conséquences une utilisation accrue des services de santé, s'accompagnant de fréquents transferts entre la communauté, l'hôpital et les établissements de long séjour.

La population des personnes âgées est très hétérogène et les besoins en soins et services varient en fonction de l'état de santé des personnes.

On peut schématiquement identifier trois types de populations de personnes âgées et décrire les mesures de prévention appropriées pour chacune d'elles :

1. Personnes **robustes** en bonne santé (ou présentant une seule maladie, comme de l'hypertension artérielle ou une hypercholestérolémie) :

Des mesures de prévention essentiellement primaire (pour prévenir la survenue d'une pathologie, par exemple les vaccinations contre le pneumocoque ou l'influenza) et secondaire (diagnostic précoce et prise en charge de la maladie) sont à promouvoir chez ces personnes. Ce type de prise en charge correspond généralement à une prise en charge habituelle de médecine de premier recours, même si les vaccinations contre le pneumocoque par exemple sont encore peu pratiquées.

2. Personnes **vulnérables**, à haut risque de basculer dans la dépendance :

Des mesures de prévention secondaire et tertiaire sont à promouvoir chez ces personnes. Les mesures de prévention tertiaire visent à diminuer les conséquences fonctionnelles des maladies chroniques. Parmi ces mesures, celles qui concernent la réadaptation sont essentielles. Pour cette population de personnes vulnérables, on peut citer, par exemple, les mesures de prescription d'activité physique et la substitution en vitamine D pour diminuer le risque de chutes, en particulier chez celles présentant des troubles de la marche ou de l'équilibre. La réalisation initiale d'une évaluation gériatrique globale permet que la prise en charge soit adaptée aux besoins de la personne. Cette évaluation peut nécessiter le recours à de l'expertise gériatrique (médicale ou infirmière).

3. Personnes **dépendantes** avec des besoins complexes :

Des mesures de prévention secondaire et tertiaire sont aussi à promouvoir chez ces personnes dépendantes. La prise en charge de ces personnes nécessite l'intervention de différents professionnels. Une activité de coordination des prestations, notamment avec les CMS, est essentielle. Ce type de coordination nécessite un investissement en temps qui peut s'avérer lourd à moyen terme pour les médecins de premier recours. Une amélioration de cette activité de coordination sera nécessaire dans le réseau de soins.

Le projet Géri-A-Com a été conçu pour améliorer la prise en charge essentiellement des personnes vulnérables et dépendantes. Dans ce rapport, il sera fait références à ces différents types de populations et aux différents types de mesures préventives.

3.2 Objectifs du projet Géri-A-Com

Le projet Géri-A-Com a été lancé en janvier 2010 au sein du réseau sanitaire lausannois ARCOS sur l'initiative du Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique (ci-après Service de Gériatrie) du CHUV afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées vivant dans la communauté et permettre, à terme, une diminution des hospitalisations ainsi qu'une meilleure orientation des personnes âgées dans le réseau de soins. Ce projet

avait également pour objectif de contribuer à l'amélioration de la formation des futurs praticiens.

3.3 Cohérence du projet avec les différents axes stratégiques

Le projet Géri-A-Com s'est inscrit dans le cadre des plans stratégiques suivants :

1. Le *programme stratégique transversal « vieillissement et personnes âgées » du CHUV* (Plan stratégique 2009-2013) dans lequel il est précisé que le CHUV développera une consultation ambulatoire et mobile de gériatrie pour favoriser le maintien à domicile de personnes en situation complexe. Le projet Géri-A-Com offrait une complémentarité aux projets de développement de la prise en charge hospitalière des personnes âgées (programme « Soins Aigus aux Seniors » (SAS), volets « Filière SAS » et « Unité SAS ») développés dans le cadre de ce plan stratégique.
2. *Le plan de développement de la PMU* qui stipule, qu'à des fins d'enseignement, elle collabore activement avec le Service de Gériatrie pour développer une activité ambulatoire dans ce domaine.
3. *La politique sanitaire cantonale 2008-2012* (rapport⁷ sur la Politique sanitaire 2008-2012 adopté par le Grand Conseil) dont l'une des cinq lignes directrices prévoyait l'adaptation des services de soins à l'augmentation des maladies chroniques grâce au développement de l'offre médico-sociale, au renforcement de la coordination entre les différents professionnels et à la mise en œuvre d'une politique gériatrique. Ce rapport préconisait en particulier de « favoriser le développement de l'évaluation gériatrique, ainsi que la coordination et la continuité de la prise en charge des patient-e-s âgés fragiles à travers l'ensemble des institutions » (rapport, page 42). Le projet Géri-A-Com a été conçu comme un projet pilote, susceptible d'être élargi à l'ensemble du canton de Vaud.
4. *La création d'une filière gériatrique au sein du réseau ARCOS* visant à prévenir le déclin fonctionnel des personnes âgées à risques, à favoriser leur maintien à domicile et à prévenir leur (ré)hospitalisation ou leur institutionnalisation.

3.4 Financement du projet Géri-A-Com

Le réseau ARCOS, le CHUV, la PMU et le Service de la Santé Publique du canton de Vaud ainsi que l'AVASAD et l'APROMAD ont contribué au financement du projet Géri-A-Com (pour le détail des contributions, voir ci-après sous chapitre 5).

3.5 Structure-projet

Le projet Géri-A-Com a été dirigé par un Comité de pilotage composé de représentants de l'ensemble des partenaires intéressés, à savoir :

- Prof. Ch. Büla, Chef du Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique, CHUV (Présidence) ;
- M. P. Berthet, Directeur de l'EMS Pré-Pariset (missions longs et courts séjours) ;
- Mme P. Clivaz Luchez, Directrice de l'APROMAD ;
- Dr M. Gaillard, puis Prof. A. Von Gunten, Chefs du SUPAA⁸, CHUV ;
- M. D. Hude, Directeur du réseau ARCOS ;
- Prof. A. Pécoud, puis Prof. J. Cornuz, Directeurs généraux de la PMU ;
- M. R. Rimaz, Infirmier-chef de Service, PMU ;
- Dresse M.-J. Ruiz Lachat, Médecin-praticien et membre du Comité de l'Association Médecins de famille Vaud ;
- Mme G. Stucki, puis ad intérim Mme N. Hainard, puis M. P. Beetschen, Chef de la division Programme santé publique et prévention, SSP ;
- M. F. Uffer, Directeur de Pro Senectute Vaud.

⁷ Rapport consultable sous www.vd.ch/autorites/departements/dsas/sante-publique/publications/

⁸ Service Universitaire de Psychiatrie de l'Age Avancé

Au niveau opérationnel, la Dresse S. Monod, Médecin associée au Service de Gériatrie et Responsable d'Unité, et Mme M. Garcia, Cheffe de projet ARCOS, ont co-géré le projet.

Afin d'impliquer dans les réflexions tous les intervenants-terrain, un groupe de projet a également été constitué de représentants-métier, à savoir :

- M. Th. Barez, Infirmier spécialisé en gériatrie, Service de Gériatrie, CHUV ;
- Dresse D. Bersier, Cheffe de clinique, Service de Gériatrie, CHUV ;
- Mme M. Desarzens, Infirmière de liaison, ARCOS ;
- Mme Ch. Diserens, Chargée de projet, PMU ;
- Mme S. Dubrit, Ergothérapeute, CHUV ;
- M. J.-C. Foucart, Infirmier-chef de l'unité court séjour de la Fondation Clémence ;
- Dresse M.-J. Ruiz Lachat, Médecin-praticien ;
- Mme A. Rosemberg, Coordinatrice du Système d'information ARCOS ;
- Dr P. Staeger, Médecin à la Consultation générale de la PMU ;
- Dr A. Truscillo, Médecin-praticien et Médecin responsable de l'unité court séjour de l'EMS Pré-Pariset.

4 Rapport d'activité

4.1 Introduction

A son démarrage en janvier 2010, le projet Géri-A-Com se décomposait en trois volets, à savoir :

- **Volet 1** : Mise en place d'une consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie ;
- **Volet 2** : Mise en place d'une collaboration gériatrique dans les unités courts séjours des EMS du réseau ARCOS ;
- **Volet 3** : Développement d'un modèle de collaboration entre médecins de premier recours et un infirmier spécialisé en gériatrie.

En 2011, le projet Géri-A-Com a été complété par un quatrième volet, plus directement lié au soutien gériatrique à apporter aux CMS :

- **Volet 4** : Collaboration avec les CMS pour l'interprétation des données issues du RAI.

Ces différents volets se sont déployés progressivement sur les deux ans et demi qu'a duré le projet. Les tableaux ci-après indiquent leur calendrier de déploiement et l'engagement des ressources humaines nécessaires aux différentes activités.

Tableau 1 : Déploiement des volets du projet

	1 ^{er} semestre 2010	2 ^{ème} semestre 2010	1 ^{er} semestre 2011	2 ^{ème} semestre 2011	1 ^{er} semestre 2012
Volet 1 Consultation					
Volet 2 Court séjour					
Volet 3 Méd-Infirmier					
Volet 4 RAI-CMS					

Tableau 2 : Plan global de charges pour l'ensemble du projet (en EPT, équivalent plein temps)

	2010												2011												2012					
	Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Juin
Cheffe de projet GER	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Cheffe de projet ARCOS	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Chef.fes de clinique GER (volets 1, 3, 4)		0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	1	1	1	1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
Médecin assistant PMU (volet 1)	0.4	0.4	0.4	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Médecin assistant GER (volet 1)										0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	
Médecin hospitalier GER (volet 2)										0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.1	0.1	0.1						
Infirmier GER (volets 2 et 3)										0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Infirmière ARCOS (volet 2)				0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1						
Infirmières APROMAD (volet 4)													0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05			
Physiothérapeute GER (volet 1)	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Ergothérapeute CHUV (volets 1 et 2)				0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Ergothérapeute APROMAD (volet 4)													0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1			
Assistante-médicale (volet 1)				0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Total EPT	1	1.8	1.8	3	3	3	3	3.8	4.7	4.7	4.7	5.35	5.35	5.35	5.25	5.25	5.25	5.25	5.25	5.35	5.05	5.05	5.05	4.25	4.25	4.25	4.1	4.1	4.1	

4.2 Volet 1 : Consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie

4.2.1 Introduction

La consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie, pilotée dès avril 2008, a pu être consolidée avec le développement d'une pratique interdisciplinaire et trois activités principales :

1. Une **activité de consultation spécialisée de gériatrie** pour venir en appui aux médecins praticiens ;
2. Une **activité de suivi** de patients d'âge gériatrique en **ambulatoire** à la PMU et **communautaire** à domicile (visites à domicile) pour contribuer à la formation des médecins-assistants de la PMU et du Service de Gériatrie ;
3. Une **activité de formation** des futurs médecins de premier recours.

4.2.2 Objectifs

Les objectifs spécifiques de la mise en place de cette consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie étaient :

- De venir en appui aux médecins praticiens pour la prise en charge de personnes âgées avec besoins complexes (situations difficiles) ;
- D'améliorer le dépistage et la prise en charge des syndromes gériatriques associés à un risque accru de morbidité, de déclin fonctionnel et d'hospitalisation ;
- D'améliorer l'orientation des personnes âgées dans le réseau sanitaire ;
- De former des futurs médecins praticiens à l'évaluation gériatrique globale.

Les ressources humaines attribuées à l'activité du volet 1 ont été les suivantes :

- Chefs de clinique, Service de Gériatrie, CHUV ;
- Médecins-assistants, PMU ;
- Médecins-assistants, Service de Gériatrie, CHUV ;
- Physiothérapeute, Service de Gériatrie, CHUV ;
- Ergothérapeute, Direction des soins (DSO), CHUV ;
- Infirmier spécialisé en gériatrie, Service de Gériatrie, CHUV ;
- Assistante médicale, PMU.

4.2.3 Consultation spécialisée de gériatrie pour venir en appui aux médecins praticiens

4.2.3.1 Processus mis en place

Cette consultation spécialisée a été conçue pour venir en aide aux médecins praticiens dans la prise en charge des personnes âgées vivant à domicile, tant celles à risque de déclin fonctionnel (vulnérables) que celles déjà dépendantes dont les besoins sont complexes.

La consultation gériatrique est basée sur une démarche **d'évaluation structurée** qui vise à mettre en évidence les problèmes de santé des patients âgés, à répertorier leurs ressources et évaluer leurs besoins en soins et services. Le but d'une telle évaluation est d'établir un plan de prise en charge **coordonné**, centré sur les besoins identifiés du patient. Cette démarche a un caractère **multidimensionnel**, investiguant et prenant en compte à la fois les problèmes médicaux, fonctionnels, psychologiques et sociaux des patients, ainsi qu'un caractère **interdisciplinaire**, faisant référence aux différents professionnels qui coordonnent leurs prestations (en particulier médecin, infirmier, assistant social, infirmier de liaison, physiothérapeute et ergothérapeute).

De nombreuses études ont démontré le bénéfice de cette approche structurée sur la réduction de la morbidité, de la mortalité et des institutionnalisations.

Cette consultation de gériatrie se fait sur requête du médecin traitant. En effet, la consultation débouchant souvent sur de nombreuses recommandations de prise en charge (y com-

pris des propositions de modification de traitement), il est apparu très important que le médecin traitant du patient soit partie prenante dans cette demande d'avis gériatrique.

La consultation mise en place peut se dérouler soit en **ambulatoire** à la PMU, soit au **domicile** du patient en cas de difficultés de mobilisation ou de troubles cognitifs par exemple.

Pour orienter les médecins traitants et les médecins de la PMU, un « **bon de demande de consultation gériatrique** » a été créé, dans lequel sont mentionnés quelques critères pour référer un patient à la consultation de gériatrie.

Tableau 3 : « Bon de demande de consultation gériatrique »

Qui référer à la consultation ?

Si vous avez un patient qui répond à un ou plusieurs de ces critères :

- Age >75 ans
- Hospitalisation récente ou réadmissions fréquentes aux urgences
- Troubles cognitifs, antécédents d'état confusionnel aigu
- Dépendance fonctionnelle dans les activités de base de la vie quotidienne (AVQ)
- Chute récente, ou anamnèse de chutes à répétition, ou difficultés à la marche
- Perte de poids ou d'appétit
- Trouble de l'humeur
- Poly médication (>6 médicaments)
- Situation médicale ou sociale complexe

La consultation de gériatrie est coordonnée par un médecin gériatre du Service de Gériatrie. Celui-ci supervise étroitement l'activité d'un médecin-assistant - de la PMU ou du Service de Gériatrie - chargé d'évaluer le patient selon un processus d'évaluation fonctionnelle multidimensionnelle structuré. A l'issue de cette évaluation médicale d'une durée totale d'environ 3h. (maximum 2h. en présence du patient et de ses proches, 1h. de supervision/formation), le médecin gériatre peut solliciter, au besoin, les compétences d'un physiothérapeute et/ou d'un ergothérapeute.

Lorsqu'une évaluation **physiothérapeutique** est souhaitée, elle est réalisée par un physiothérapeute de la consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie. Cette évaluation a lieu lors d'une 2^{ème} consultation, à la PMU ou au domicile du patient ou encore au CUTR⁹ Sylvana si du matériel spécifique est nécessaire.

Par contre, lorsqu'une évaluation **ergothérapeutique** est souhaitée (évaluation des barrières architecturales, évaluation des activités de la vie quotidienne), l'ergothérapeute de la consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie prend contact avec les ergothérapeutes du CMS si le patient est déjà connu de ses services ou alors réalise lui-même l'évaluation si le patient ne bénéficie pas déjà de prestations du CMS.

Chaque nouveau patient est présenté lors d'un **colloque interdisciplinaire hebdomadaire** au cours duquel les propositions et recommandations de prise en charge sont discutées. Ce colloque est supervisé par un médecin cadre du Service de Gériatrie. Même s'ils n'ont pas évalué le patient préalablement, physiothérapeute, ergothérapeute et infirmier spécialisé en gériatrie y participent, aux côtés des médecins de la consultation. Leurs avis pertinents permettent d'enrichir les propositions de prise en charge.

A l'issue de ce processus, des **recommandations de prise en charge** sont formulées au médecin traitant dans un rapport détaillé. Les recommandations visent en particulier à prévenir le déclin fonctionnel, favoriser le maintien à domicile et prévenir les hospitalisations. Il est également parfois proposé que le patient soit suivi par l'infirmier spécialisé en gériatrie en collaboration étroite avec le médecin traitant (cf. ci-après volet 3). Si le patient a été évalué par

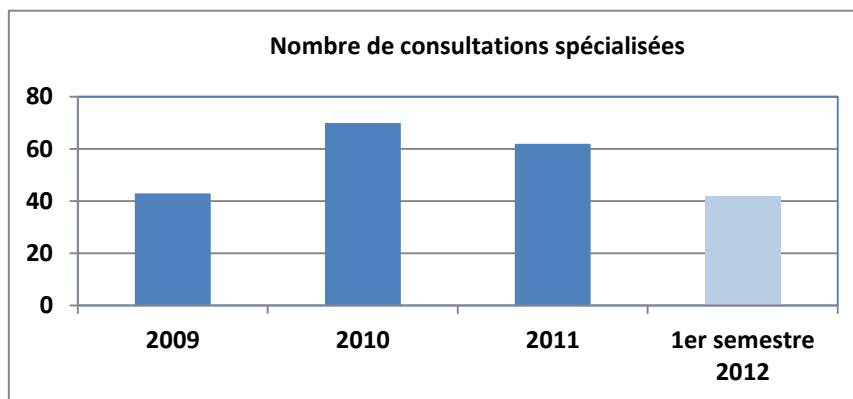
⁹ Centre Universitaire de Traitement et Réadaptation, CHUV

un physiothérapeute ou un ergothérapeute, des rapports spécifiques, supervisés par le médecin gériatre, sont ensuite également adressés au médecin traitant.

4.2.3.2 Bilan

Le nombre annuel de nouveaux patients évalués à la consultation spécialisée de gériatrie a progressivement évolué, avec une augmentation particulière entre 2009 et 2010. Après une stabilisation entre 2010 et 2011, une nouvelle augmentation est attendue en 2012 au vu des résultats du 1^{er} semestre.

Graphique 1 : Nombre annuel de patients évalués

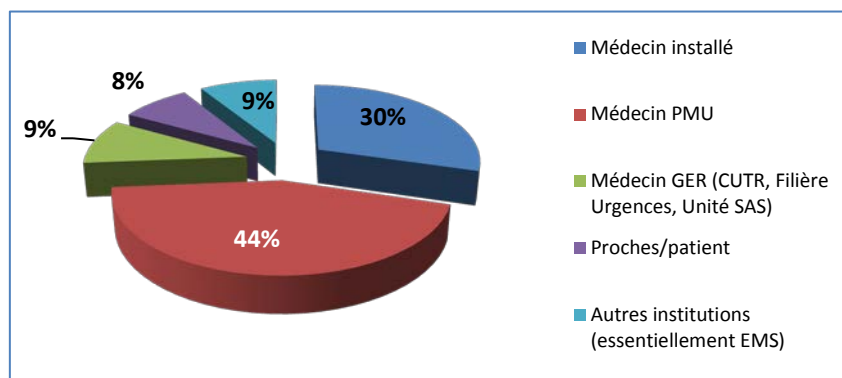


Entre avril 2008 et mars 2012, **N=213** patients ont été vus dans le cadre de cette consultation de gériatrie. Les données relatives à ces patients ont été enregistrées dans une base de données. Leur analyse¹⁰ permet de mettre en lumière quelques résultats¹¹ qui sont présentés ci-après.

Provenance des demandes d'évaluation

Globalement, les demandes de consultation ont été formulées par des médecins de premier recours (médecins installés en ville et médecins de la consultation générale de la PMU).

Graphique 2 : Provenance des demandes d'évaluation



La provenance des demandes de consultation s'est modifiée au cours du temps. Alors qu'au démarrage de la consultation en 2008 la plupart des patients ont été adressés par des médecins de la consultation générale de la PMU, dès 2011 plus de la moitié des patients (57%) ont été adressés par des médecins de premier recours installés. L'objectif initial de venir en appui aux médecins installés s'est donc progressivement réalisé.

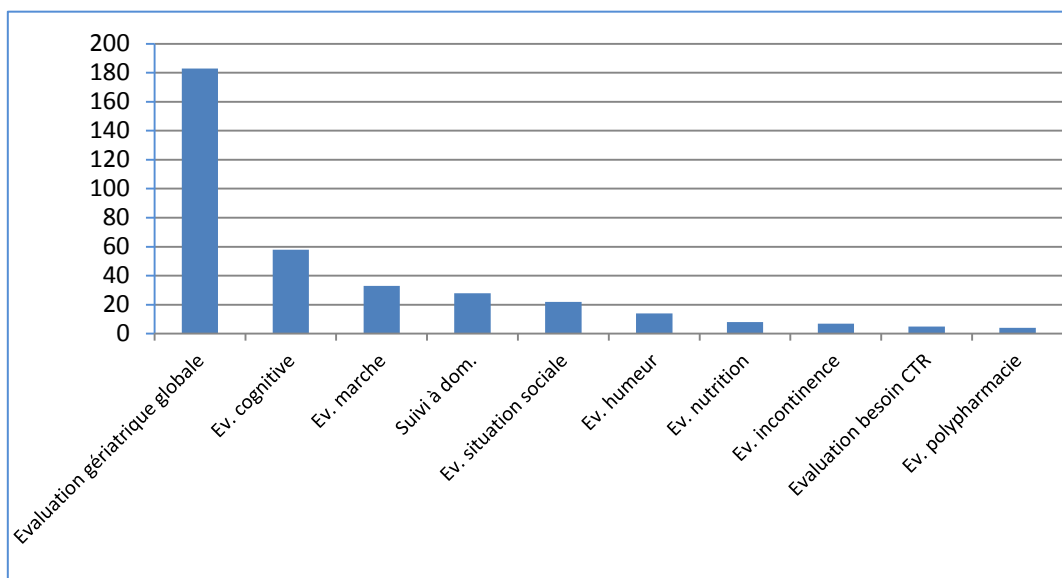
¹⁰ L'analyse de cette base de données fait actuellement l'objet d'un travail de Master d'une étudiante en médecine, Florence Moret.

¹¹ Ces résultats ont également fait l'objet d'une présentation au congrès de l'American Geriatric Society en 2012 (Moret F, Jaccard-Ruedin H, Bula C, Monod S. The high diagnostic yield of an outpatient geriatric clinic ; May 3 - 5, Seattle, WA, USA).

Motifs des demandes

Dans la moitié des cas, un seul motif de demande a été formulé, à savoir celui de réaliser une évaluation gériatrique globale. Dans l'autre moitié des cas, plusieurs motifs de demande de consultation ont été formulés.

Graphique 3 : Motifs des demandes

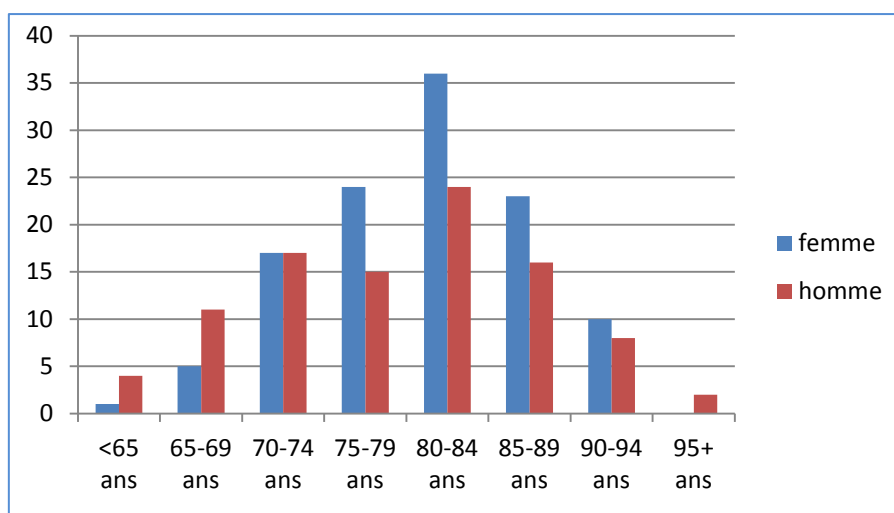


Ev. = Evaluation ; Dom = Domicile

Profil sociodémographique et fonctionnel des patients

En moyenne, les patients adressés à la consultation étaient âgés de près de 80 ans (79.8 ± 7.5). A peu près autant d'hommes que de femmes ont été adressés à cette consultation (54.4% de femmes). Compte tenu de l'âge élevé de cette patientèle, une plus grande proportion de femmes était attendue.

Graphique 4 : Répartition hommes-femmes par groupe d'âge

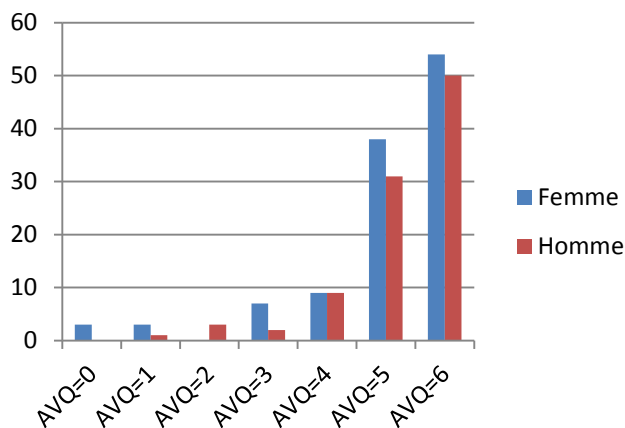


Globalement, les patients adressés à la consultation présentaient une indépendance fonctionnelle dans les activités de **base** de la vie quotidienne (toilette, habillage, aller aux toilettes, transferts, alimentation, continence) encore relativement préservée. En effet, la grande majorité de ces patients (82.4%) présentaient des scores de performance à 5 ou 6 sur une échelle allant de 0 à 6 (score de Katz ; plus le score est élevé, plus l'indépendance est grande) (voir ci-après graphique 5).

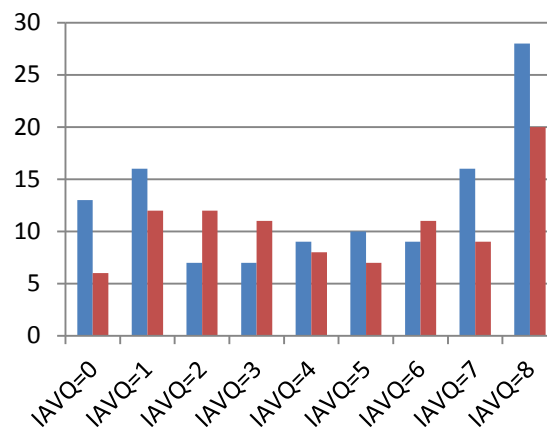
Néanmoins, la moitié de ces patients présentaient déjà une dépendance relativement importante dans les activités dites **instrumentales** de la vie quotidienne avec un score inférieur

à 5 (médiane) sur l'échelle de Lawton (score de 0 à 8, plus le score est élevé, plus l'indépendance est grande) (voir ci-après graphique 6).

Graphique 5 : Activités de base de la vie quotidienne (toilette, habillage, aller aux toilettes, transferts, alimentation, continence)



Graphique 6 : Activités instrumentales de la vie quotidienne (téléphoner, utiliser les transports, faire des commissions, repas, lessive, ménage, gérer ses finances et ses médicaments)



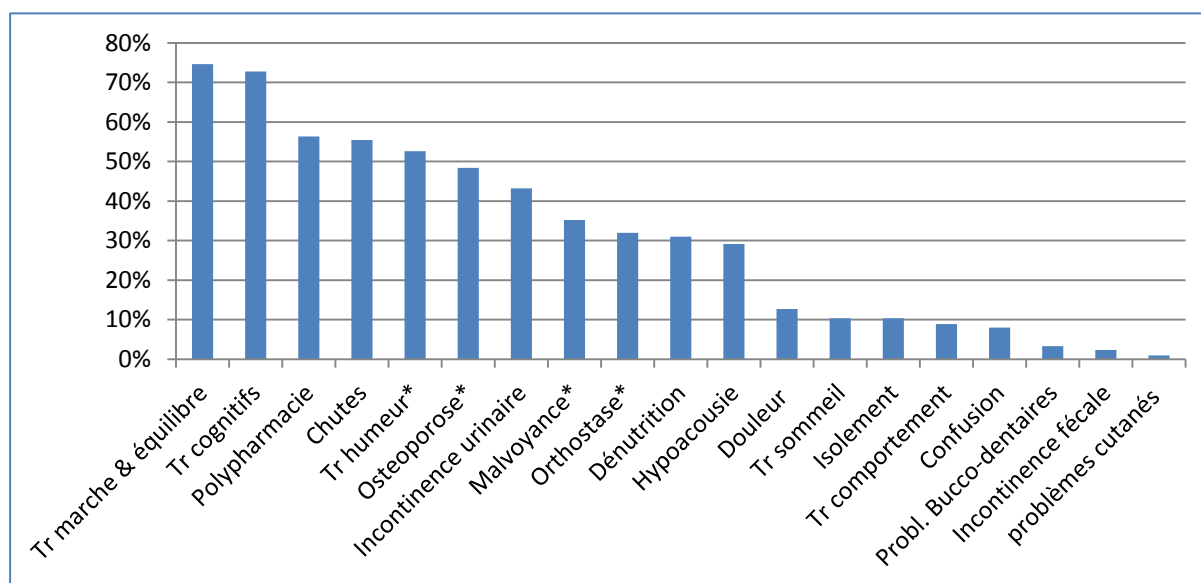
Ce profil fonctionnel n'est pas étonnant, car il existe une hiérarchisation de la perte fonctionnelle avec d'abord une atteinte des activités instrumentales puis des activités de base de la vie quotidienne. Ainsi, ces patients, bien qu'encore indépendants dans les activités de base de la vie quotidienne, présentaient un risque élevé de poursuite du déclin fonctionnel.

A relever qu'un tiers de ces patients (41.2% des femmes et 26.3% des hommes) avaient déjà une aide du CMS de leur quartier au moment de la consultation.

Prévalence des différents syndromes gériatriques

La moitié des patients adressés à la consultation présentaient plus de six syndromes gériatriques. Les syndromes gériatriques les plus fréquents étaient les troubles de la marche et de l'équilibre, les troubles cognitifs et la polypharmacie (définie par un nombre de médicaments supérieur ou égal à 6) (voir ci-après graphique 7 ; les syndromes gériatriques marqués d'une étoile (*) signifient qu'il existe une différence significative entre hommes et femmes).

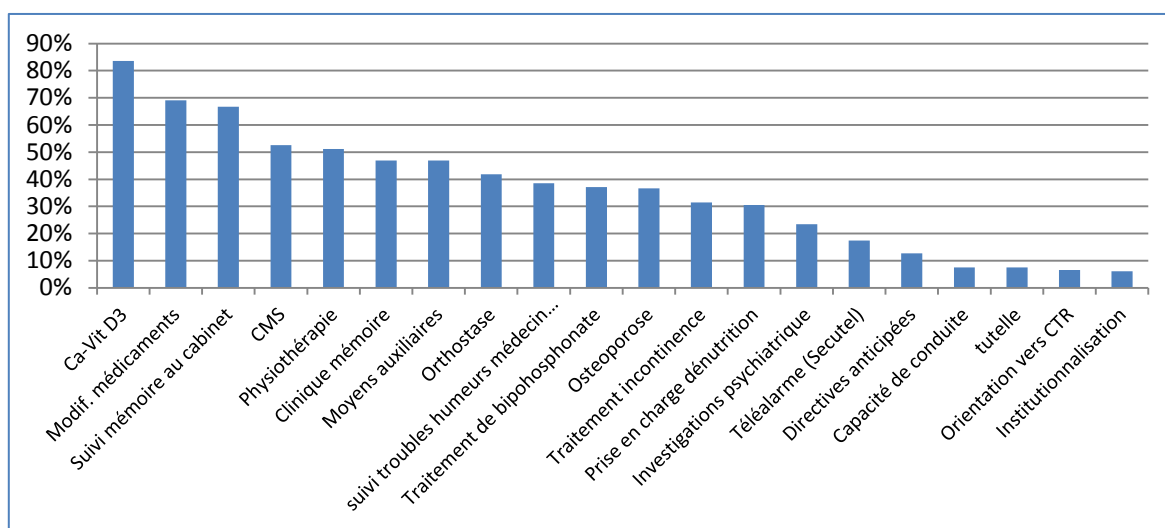
Graphique 7 : Prévalence des différents syndromes gériatriques



Recommandations émises

Le nombre médian de recommandations émises dans le rapport de consultation était de 11. Les principales recommandations émises sont synthétisées dans le graphique suivant :

Graphique 8 : Recommandations émises



Les recommandations ont donc été nombreuses et variées. Celles-ci devaient ensuite être discutées entre le médecin de premier recours et le patient, afin d'être priorisées.

Le retour d'expériences de quelques médecins installés a montré que, même si la liste des recommandations peut paraître longue, la consultation est l'occasion d'un bilan global et offre au médecin traitant de réaborder ensuite, parfois sous un angle différent, des problèmes qui avaient été plus ou moins banalisés par le patient et/ou le médecin traitant.

La consultation spécialisée de gériatrie permet de faire un bilan des problèmes médicaux, fonctionnels et sociaux du patient. Lors de cette consultation, plusieurs syndromes gériatriques ont en général été identifiés.

La consultation de gériatrie offre donc la possibilité de dresser un bilan global et de mettre en œuvre des mesures de prévention¹² primaire, secondaire et tertiaire.

4.2.4 Suivi de patients d'âge gériatrique en ambulatoire à la PMU et/ou à domicile

4.2.4.1 Processus mis en place

Les médecins de la consultation générale de la PMU avaient, depuis longtemps, la possibilité d'adresser des patients âgés dont le suivi ambulatoire était difficile pour un suivi dans le cadre de visites à domicile. Néanmoins, lorsque la collaboration entre la PMU et le Service de Gériatrie a pu se mettre en œuvre en 2008, seuls deux patients étaient suivis dans le cadre de ces visites à domicile. L'équipe du projet Géri-A-Com a pu mettre en place un processus pour l'identification des patients susceptibles de bénéficier d'un suivi à domicile.

Recrutement

Pour aider les médecins de la consultation générale de la PMU à identifier les patients ayant besoin d'une prise en charge en visites à domicile, quelques critères ont été définis :

¹² Voir définitions et exemples ci-avant sous chiffre 3.1

Tableau 4 : Critères à l'attention des médecins de la consultation générale de la PMU pour identifier les patients éligibles pour un suivi à domicile

Qui référer pour un suivi à domicile ?

Si vous avez un patient qui répond à un ou plusieurs de ces critères :

- Difficultés importantes de mobilisation
- Troubles cognitifs importants
- Oublis répétés de rendez-vous
- Situation sociale complexe et besoin important de coordination

En outre, une information a été diffusée au sein du Service de Gériatrie afin d'informer les médecins du service de la possibilité d'offrir un tel suivi pour certains patients. En effet, les gériatres étant aussi parfois confrontés, dans le cadre de leur activité hospitalière (CUTR Sylvana, Unité SAS-Médecine interne, Filière SAS-Urgences), à des patients complexes n'ayant pas de médecin traitant, un suivi de ces patients a également été proposé dans le cadre de la consultation ambulatoire de gériatrie, en ambulatoire à la PMU ou à domicile.

De plus, un suivi conjoint du patient a également été proposé aux médecins traitants pour les situations lourdes et chronophages.

Pour aider les médecins du Service de Gériatrie à identifier les patients qui pourraient bénéficier d'un suivi gériatrique, les critères suivants ont été émis :

Tableau 5 : Critères à l'attention des médecins du Service de Gériatrie pour identifier les patients éligibles pour un suivi à domicile

Qui référer pour un suivi gériatrique ?

Si vous avez un patient qui répond à un ou plusieurs de ces critères :

- Absence de médecin traitant
- Hospitalisations à répétition ou réadmissions fréquentes aux urgences
- Nécessité d'instaurer un suivi en visite à domicile avec accord du médecin traitant
- Situation médicale ou sociale complexe
- Autres : à discuter selon vos propositions

N.B. Toute demande d'intervention de la consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie au terme d'un séjour hospitalier à l'Unité SAS ou au CUTR doit avoir été discutée préalablement avec le médecin traitant du patient.

Prise en charge

Les visites à domicile et les suivis ambulatoires (PMU) sont assurés par des médecins-assistants de la PMU et du Service de Gériatrie et sont supervisés par un médecin gériatre du Service de Gériatrie. Afin d'assurer une meilleure continuité, il a été convenu que les patients soient suivis par le même médecin-assistant **pendant une année**.

Les patients sont vus entre 1 fois/mois et 1 fois/3 mois selon les situations.

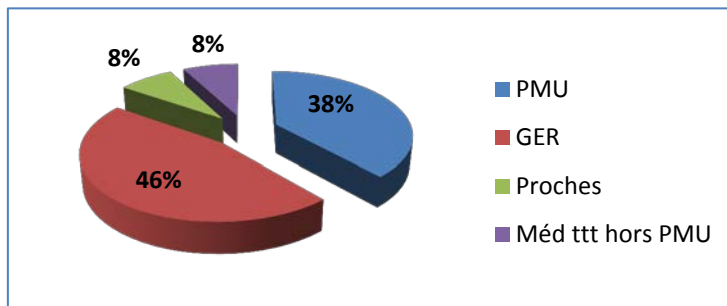
Les situations de ces patients sont présentées, au moins une fois par année, par le médecin-assistant en charge du patient dans le cadre du **colloque interdisciplinaire hebdomadaire**. En général, les situations complexes sont discutées deux à trois fois par année dans le cadre de ce colloque.

Une collaboration étroite avec la Pharmacie de la PMU a également pu être mise en place pour tester un modèle d'assistance pharmaceutique au domicile du patient. Ainsi, les patients suivis à domicile bénéficient deux fois par an de la visite d'un pharmacien qui répertorie l'entier des médicaments présents au domicile du patient (y compris ceux du conjoint) et évalue avec le patient ce qu'il consomme et à quelle dose.

4.2.4.2 Bilan d'activité

Entre avril 2008 et février 2012, **N=48** patients ont été suivis dans le cadre de visites à domicile. La plupart de ces 48 patients ont été référés soit par la consultation générale de la PMU, soit par le Service de Gériatrie. Le graphique suivant montre, pour 2011, la répartition des provenances des demandes de suivi.

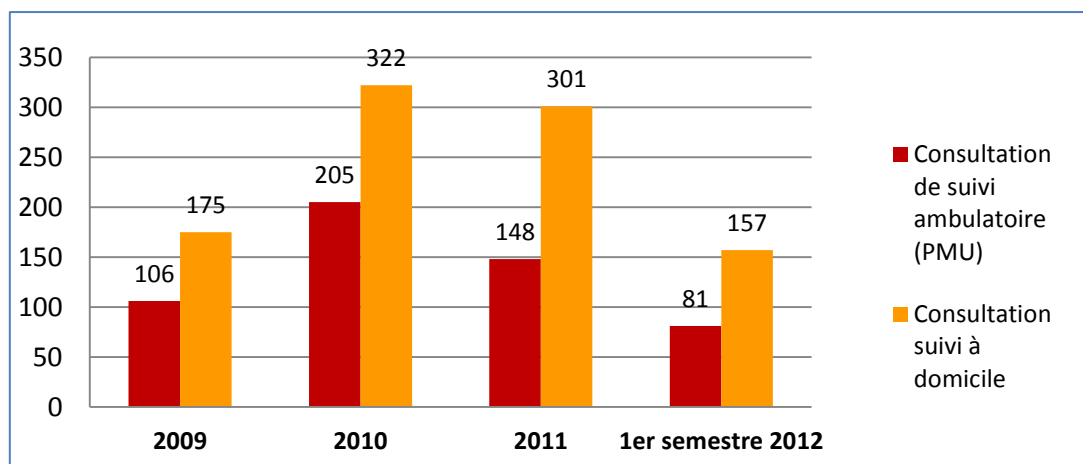
Graphique 9 : Provenance des demandes de visite à domicile



Depuis 2010, une quinzaine de patients sont également suivis ambulatoirement à la PMU par le Service de gériatrie.

Le graphique suivant montre le nombre annuel de consultations dans le cadre de cette activité de suivi.

Graphique 10 : Nombre annuel de consultations ambulatoires et à domicile



L'augmentation de l'activité est nette entre 2009 et 2010, puis l'activité est stable entre 2010 et 2011. Les chiffres du premier semestre 2012 montrent que l'activité devrait se maintenir.

Cette consultation ambulatoire et ces suivis à domicile ayant essentiellement pour but de servir à la formation des médecins-assistants de la PMU (futurs praticiens installés), il n'est pas planifié d'augmenter cette activité.

4.2.5 Formation des futurs médecins de premier recours

L'activité de la consultation ambulatoire et communautaire de gériatrie requiert la participation d'un EPT de médecin-assistant. Ce poste est réparti comme suit : 0.5 EPT de médecin-assistant de la consultation générale de la PMU, en général destiné à s'installer comme médecin de premier recours, et 0.5 EPT de médecin-assistant du Service de Gériatrie, destiné à devenir gériatre.

En général, le 0.5 EPT de médecin-assistant de la consultation générale de la PMU est réparti sur 2 à 3 personnes qui ont chacune la possibilité de suivre des patients à domicile pendant une année et de travailler dans le cadre de la consultation spécialisée de gériatrie pendant six mois. Ainsi, chaque année, quatre à cinq médecins-assistants, futurs praticiens, sont sensibilisés à la prise en charge gériatrique.

Les médecins-assistants de la consultation générale de la PMU qui participent à la « tâche annexe Gériatrie » ont la possibilité de se sensibiliser et d'acquérir des compétences dans l'évaluation gériatrique. Leur participation à la **consultation spécialisée de gériatrie**, au cours de laquelle ils réalisent une première évaluation structurée des patients (dépistage des troubles cognitifs, des troubles de la marche, des troubles de l'humeur, évaluation de l'état fonctionnel, etc.), leur permet de se familiariser avec les tests de dépistage des syndromes gériatriques et surtout d'acquérir des compétences dans l'interprétation de ces tests et dans les mesures de prise en charge à mettre en œuvre. Un fort accent est porté sur la mise en place de mesures préventives du déclin fonctionnel, de type secondaire et tertiaire¹³, ainsi que sur la prise en charge de la polypharmacie, fréquente chez les personnes âgées.

Les médecins-assistants de la PMU participant à la consultation ont aussi la responsabilité des **suis de patients à domicile** pendant une année. Ces suivis à domicile leur permettent d'acquérir des compétences uniques à plusieurs niveaux. D'une part, au niveau de l'observation du lieu de vie des patients et des interactions sociales et familiales que ces derniers entretiennent. Ces éléments sont souvent très importants à prendre en compte dans les options de prise en charge qui sont discutées avec les patients. D'autre part, ces suivis permettent également aux médecins-assistants de mieux connaître le réseau de soins communautaires et les différentes possibilités de prise en charge (CMS, centres d'accueil temporaire, courts séjours, Association Alzheimer, etc.). Enfin, ces suivis sur une année permettent au médecin d'observer l'évolution fonctionnelle des patients et les bénéfices de la mise en place de mesures de prévention, d'anticiper les discussions autour des directives anticipées et de la représentation thérapeutique, ou encore de se familiariser avec les mesures tutélaires.

¹³ Voir définitions et exemples ci-avant sous chiffre 3.1

4.3 Volet 2 : Collaboration gériatrique dans les unités courts séjours des EMS du réseau

4.3.1 Présentation du court séjour

4.3.1.1 Historique

Dans les années 1980, la politique médico-sociale du canton de Vaud s'est résolument tournée vers le renforcement du maintien à domicile. Le court séjour a été instauré comme mesure d'accompagnement au maintien à domicile et a été inclus pour la première fois dans la convention¹⁴ vaudoise d'hospitalisation de 1984.

A la création du BOUM (Bureau d'orientation des urgences médico-sociales, ancêtre du BRIO, Bureau régional d'information et d'orientation) en 1990, quelques EMS ont créé des lits de court séjour dont ils lui ont délégué la gestion. Ces lits permettaient alors l'accueil des personnes en crise médico-sociale.

A ce jour, 6 EMS ont signé une convention avec le BRIO pour la gestion de 84 lits à missions gériatrique ou psychogériatrique (lits dits de courts séjours conventionnés).

4.3.1.2 Mission générale

Le court séjour représente un complément au maintien à domicile. Il vise le retour de la personne dans son lieu de vie. Il est en principe limité à 30 jours maximum par année civile et se pratique dans un établissement vaudois reconnu d'intérêt public.

Il s'adresse à toute personne en perte d'autonomie souhaitant vivre à domicile le plus longtemps possible.

Le court séjour peut être organisé pour répondre à diverses situations ou objectifs :

1. Décharger temporairement l'entourage du patient (vacances, besoin de répit des proches aidants, hospitalisation du conjoint) ;
2. Eviter une hospitalisation inutile du bénéficiaire ;
3. Familiariser le bénéficiaire avec un EMS ;
4. Observer le quotidien du bénéficiaire et réorganiser la prise en charge à domicile en collaboration avec les intervenants extérieurs (CMS, gouvernantes, famille) ;
5. Suite à une hospitalisation, permettre au bénéficiaire dont la santé médicale est stable de récupérer et organiser le retour à domicile.

4.3.1.3 Prestations en court séjour

Il existe 2 types de courts séjours :

1. Courts séjours **urgents** : courts séjours devant être organisés dans les plus brefs délais à l'attention de personnes sortant d'un hôpital, d'une clinique ou d'un CTR ou qui sont confrontées à une situation imprévue ou à une défaillance de l'entourage ;
2. Courts séjours **non-urgents** : courts séjours planifiés à l'avance à l'attention de personnes dont l'entourage est en vacances, afin de soulager le principal aidant (temps de répit) ou pour favoriser une familiarisation avec un EMS dans lequel elles seront amenées à être institutionnalisées à moyen terme.

Les prestations offertes en court séjour sont globalement identiques à celles en long séjour, mais sont orientées afin de favoriser un retour à domicile dans de bonnes conditions. Cela étant, ce n'est pas tant l'intégration de la personne dans l'établissement qui est recherchée mais sa capacité à retrouver un maximum d'autonomie. Ceci implique l'intervention de plusieurs professionnels internes et/ou externes autour du bénéficiaire.

L'infirmière de liaison (IDL) du BRIO a un rôle de référent et est garante de l'adéquation du court séjour. Dans les cas de courts séjours urgents, elle rencontre le bénéficiaire une fois par semaine et évalue la situation avec l'équipe soignante (projet, objectifs, dépendance dans les activités de la vie quotidienne, épuisement de l'entourage, etc.). Elle assure le lien entre les professionnels et, si nécessaire, l'entourage du bénéficiaire (famille, concierge, etc.). Elle

¹⁴ Conventions consultables sous www.vd.ch/themes/sante-social/assurances/assurance-maladie/conventions-lamal/secteur-hospitalier/

organise également, en cas de besoin, un colloque de réseau impliquant tous les professionnels concernés et l'entourage. L'IDL aide enfin à la bonne orientation au sortir du court séjour, planifie le retour à domicile ou l'inscription nécessaire en CTR.

Les prestations en court séjour ne peuvent être comparées à celles d'une structure hospitalière (y compris celles de réadaptation), en particulier concernant la fréquence des surveillances et des soins infirmiers. Une infirmière est présente 12h. par jour au moins dans les unités de court séjour et peut être atteinte par téléphone en dehors de ses heures de présence. Aucun médecin n'est présent en continu dans l'établissement.

Le bénéficiaire conserve la possibilité d'être suivi par son médecin traitant si celui-ci en a la disponibilité, sinon il peut recourir au médecin référent de l'EMS dans lequel il séjourne. Il peut bénéficier de physiothérapie sur prescription médicale à raison de trois séances par semaine au maximum.

La raison du court séjour implique fréquemment des consultations chez divers spécialistes du CHUV ou de l'hôpital orthopédique ; les transports sont organisés par l'équipe du court séjour, démarches générant un important travail administratif et organisationnel.

Enfin, seuls les examens médicaux courants (radiologie, analyses de sang) nécessaires pour le patient et ne pouvant être reportés sont assumés durant le court séjour. Les analyses sanguines et les examens radiologiques sont effectués dans des structures externes à l'établissement.

4.3.1.4 Financement

Les lits de court séjour sont financés en grande partie par le canton de Vaud. Les lits de court séjour gérés par le BRIO sont soumis à une convention (lits dédiés) et bénéficient ainsi d'un subside incitatif du canton.

Une participation financière est demandée au bénéficiaire, laquelle se monte actuellement à Fr 60.-/jour ou, en cas de droit aux prestations complémentaires, à Fr 30.-/jour.

Le bénéficiaire supporte également les frais liés à ses transports ainsi que la participation à tous les examens médicaux, prises de sang ou prestations de physiothérapie, etc. selon le système de tarification ambulatoire en vigueur.

4.3.2 Evolution des courts séjours 2007-2012

4.3.2.1 Méthode

Les données ont été extraites de BRIOCHE-WEB, base de données utilisée par les infirmières de liaison du BRIO d'ARCOS, pour les années 2007 à 2012. Pour des raisons de qualité des données, seules les données concernant les courts séjours organisés dans les lits dédiés au BRIO d'ARCOS ont été prises en compte, ce qui représente environ 95% des courts séjours organisés par les IDL du BRIO.

4.3.2.2 Résultats

Evolution du nombre de lits dédiés de 2007 à 2012

La dotation en lits de courts séjours conventionnés avec le BRIO est passée de 48 lits en 2007, répartis dans 4 EMS, à 84 lits en 2012 répartis dans 6 EMS, soit une augmentation de 50%.

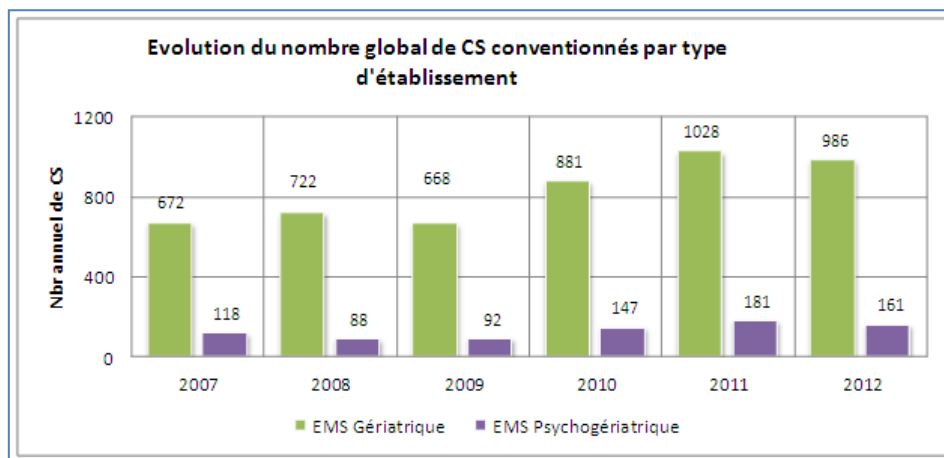
Tableau 6 : Nombre de lits de courts séjours dédiés

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Lits de gériatrie	48	48	48	63	75	70
Lits de psychogériatrie	8	8	8	14	14	14
Total des lits dédiés	56	56	56	77	89	84

Source : ARCOS

Evolution du nombre de courts séjours organisés par année

Graphique 11 : Evolution du nombre global de courts séjours conventionnés par type d'établissement



Le nombre de courts séjours a logiquement augmenté entre 2009 et 2011 compte tenu de l'évolution du nombre de lits dédiés au BRIO. Cette augmentation tend, par contre, à baisser en 2012, avec une diminution de 4% du nombre de courts séjours gériatriques organisés par rapport à 2011 et une diminution de 11% des courts séjours de psychogériatrie.

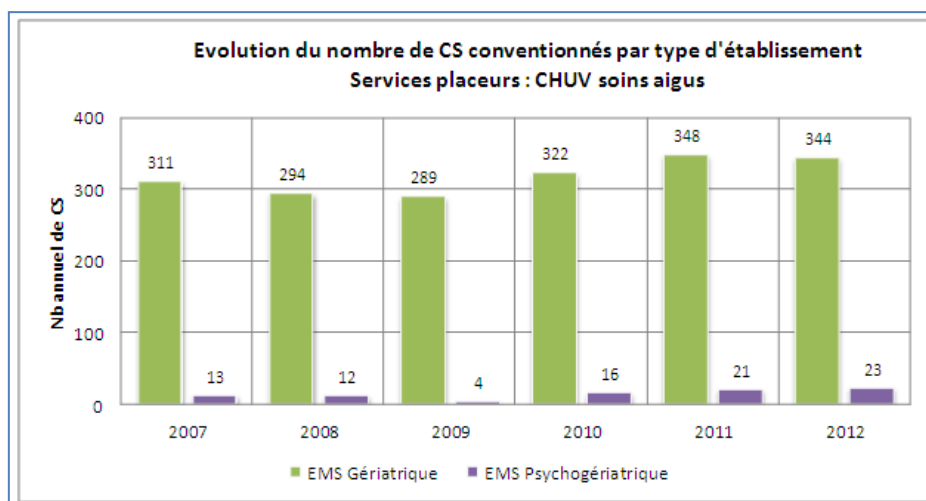
Si le nombre de courts séjours organisés dans les lits dédiés du BRIO d'ARCOS a augmenté entre 2009 et 2010, le taux d'occupation a baissé légèrement entre 2009 et 2011 et plus largement en 2012, -12.5% par rapport à 2009.

Tableau 7 : Taux moyen d'occupation des lits

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Taux d'occupation moyen	83.1%	84.4%	85.7%	82.9%	81.2%	73.2%

Source : BRIOCHE-WEB

Graphique 12 : Evolution du nombre de courts séjours conventionnés en provenance des unités de soins aigus du CHUV

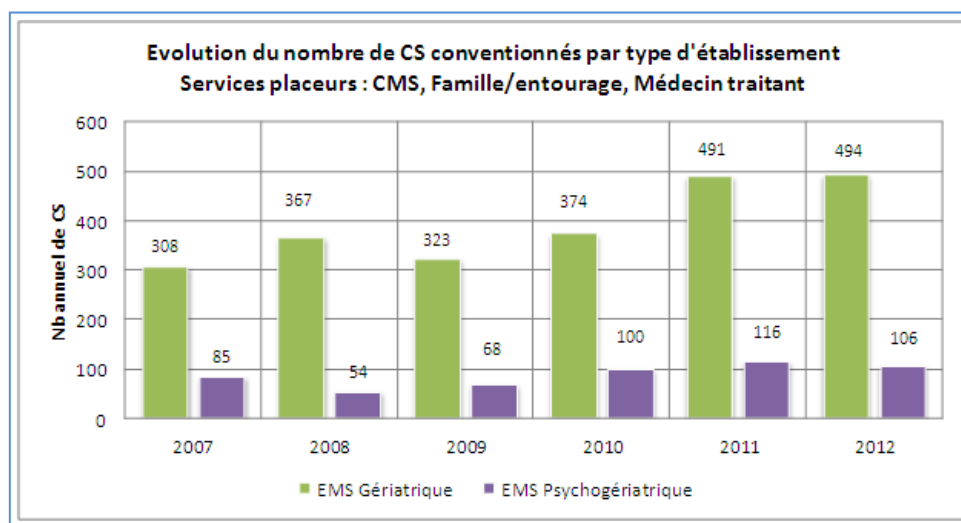


Entre 2009 et 2011, le nombre de courts séjours gériatriques organisés depuis les unités de soins aigus du CHUV a augmenté de 20%. La quantité de courts séjours psychogériatriques a, quant à elle, quintuplé (+425%) mais reste cependant minime (21 en 2011 sur l'ensemble des services de soins aigus du CHUV). En proportion, cela représente 6% de courts séjours psychogériatriques contre 94% de courts séjours gériatriques.

Certains services ont connu des variations plus importantes que d'autres. Si la proportion de courts séjours organisés depuis les services de médecine et d'orthopédie reste relativement

stable, le service de traumatologie enregistre par exemple une augmentation de près de 60% de courts séjours gériatriques entre 2010 et 2011 et le service des urgences une baisse moyenne de 25% sur les 3 dernières années (voir ci-après sous chiffre 6.1).

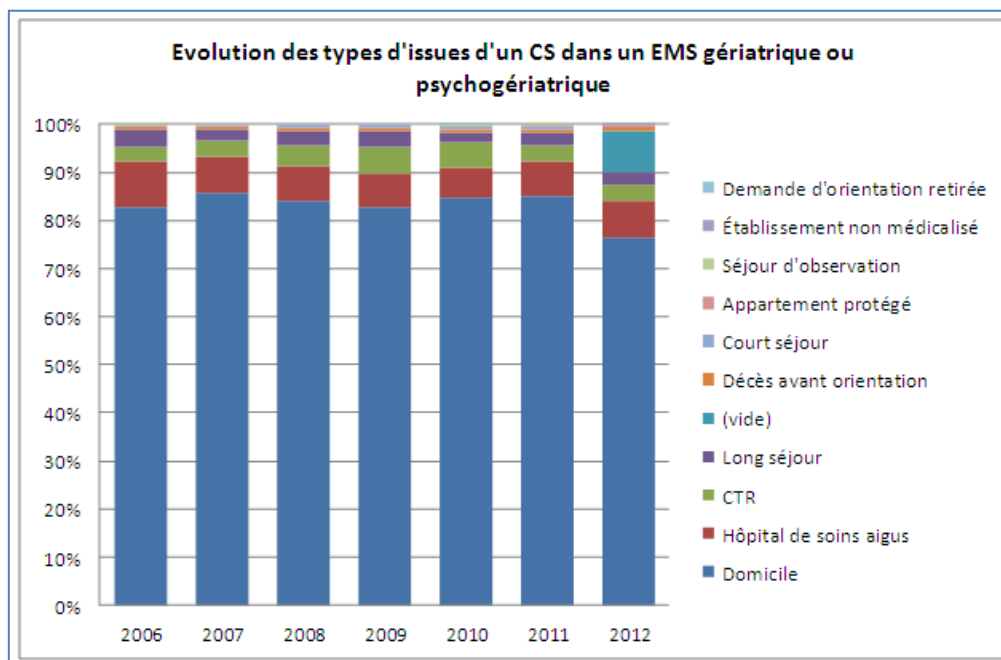
Graphique 13 : Evolution du nombre de courts séjours conventionnés en provenance du domicile



Les courts séjours à mission gériatrique organisés depuis le domicile ont augmenté de 52% entre 2009 et 2011 et de 70% pour les courts séjours à mission psychogériatrique. L'ouverture de nouveaux lits a donc principalement profité aux demandes provenant du domicile. En outre, la proportion de courts séjours psychogériatriques organisés depuis le domicile atteint 19% en 2011 (contre 6% depuis le CHUV).

Distribution des destinations à l'issue des courts séjours

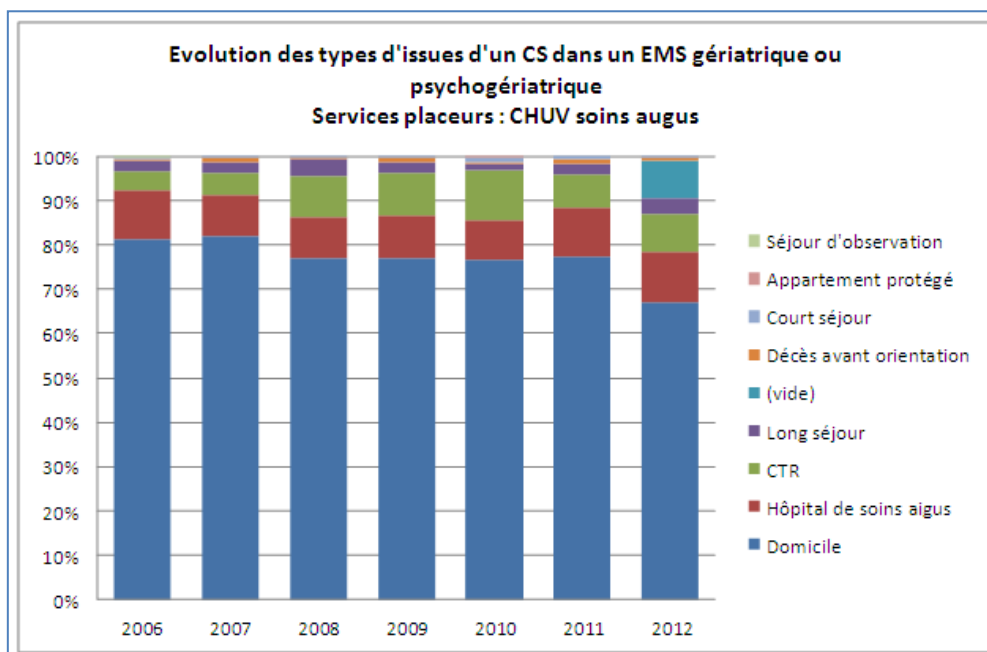
Graphique 14 : Evolution des types de destinations à l'issue des courts séjours conventionnés



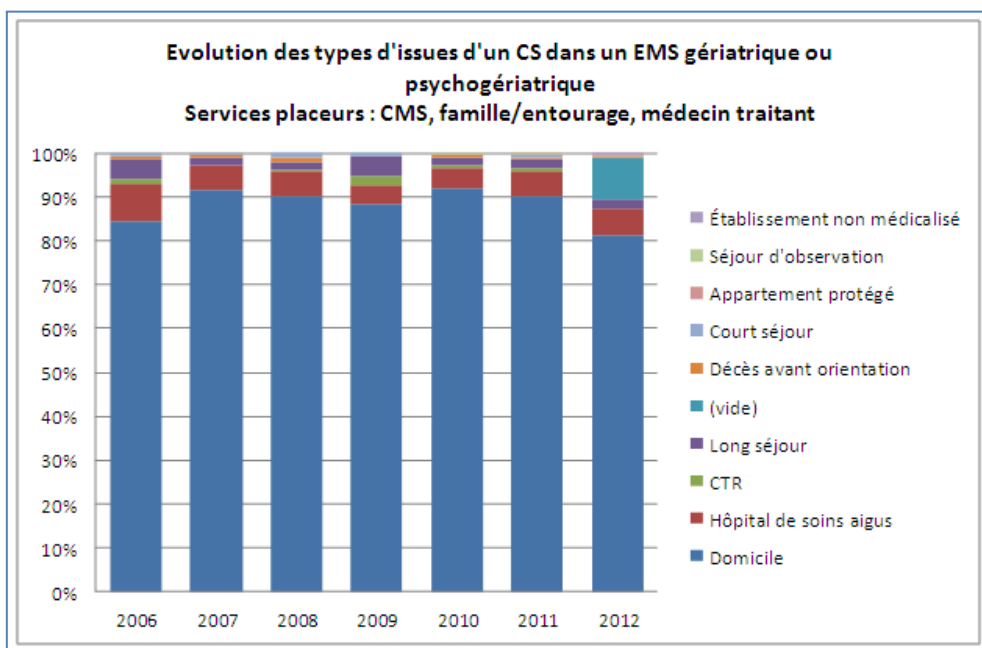
De manière générale, entre 80% et 85% des personnes en court séjour rentrent à domicile à la fin de leur séjour. Environ 10% sont hospitalisées en soins aigus et entre 5% et 10% sont transférées dans un CTR. Seules environ 5% des personnes sont institutionnalisées à la suite du court séjour, pour la majorité en long séjour. Les proportions des différentes destinations sont stables d'une année à l'autre.

Les tendances sont par contre différentes si l'on prend en considération la provenance des personnes en court séjour. La proportion de destination vers le domicile pour des personnes en court séjour provenant du CHUV soins aigus est inférieure à 80% depuis 2008 alors qu'elle dépasse les 90% chez les personnes provenant du domicile (voir ci-après graphiques 15 et 16). En outre, la part de réhospitalisation pour les personnes entrées en court séjour à la suite d'un premier séjour hospitalier est relativement importante avec 20% des destinations qui se répartissent de façon équivalente entre réhospitalisation en soins aigus et réhospitalisation en CTR (voir ci-après graphique 15). Les transferts en CTR à la suite d'un court séjour s'inscrivent la plupart du temps dans un programme thérapeutique comme une décharge de quelques semaines suite à une intervention chirurgicale avant de débiter la réadaptation en CTR.

Graphique 15 : Evolution des types d'issues des courts séjours conventionnés en provenance des unités de soins aigus du CHUV



Graphique 16 : Evolution des types d'issues des courts séjours conventionnés en provenance du domicile



4.3.3 Hypothèses de travail et objectifs du volet 2

Au lancement du projet, trois hypothèses de travail ont été émises :

1. Le profil des bénéficiaires des courts séjours évolue vers une plus grande prévalence de syndromes gériatriques (haut risque de présenter une polymorbidité) et de dépendance fonctionnelle ; ces personnes présentent par conséquent un haut risque d'utilisation ultérieure du système de soins ;
2. Ces personnes ont des besoins spécifiques en termes de prestations lors de leur court séjour (prestations visant par exemple l'amélioration du statut fonctionnel et la mise en place de mesures préventives) ;
3. Les orientations en court séjour pallient souvent au manque de place en CTR et sont par conséquent sous-optimales en termes de prise en charge dans près de la moitié des situations.

Les trois **objectifs spécifiques** du volet « Collaboration gériatrique dans les unités courts séjours des EMS du réseau » étaient de :

1. **Analyser systématiquement le profil** sociodémographique, fonctionnel et médical des bénéficiaires de court séjour gériatrique admis depuis le CHUV ou en urgence depuis le domicile ;
2. Tester un module de **formation clinique** des équipes d'unités courts séjours à l'évaluation fonctionnelle multidisciplinaire et mettre en place un colloque interdisciplinaire ;
3. Mettre en place un **programme de prévention des chutes**.

Les **ressources humaines** attribuées à l'activité du volet 2 ont été les suivantes :

- Médecin hospitalier (gériatre), Service de Gériatrie, CHUV ;
- Ergothérapeute, Direction des soins (DSO), CHUV ;
- Infirmier spécialisé en gériatrie, Service de Gériatrie, CHUV ;
- Infirmière de liaison, ARCOS.

4.3.4 Analyse systématique du profil des bénéficiaires de court séjour gériatrique

4.3.4.1 Objectifs

Les objectifs spécifiques de cette analyse systématique du profil des bénéficiaires de court séjour gériatrique étaient de :

- Déterminer le **profil** sociodémographique, fonctionnel et médical des bénéficiaires de court séjour gériatrique admis depuis le CHUV ou en urgence depuis le domicile ;
- Déterminer le **devenir** de ces bénéficiaires 3 mois après la sortie du court séjour.

4.3.4.2 Méthode

Une étude clinique a été entreprise pour analyser, de manière systématique, le profil des personnes admises en court séjour gériatrique. L'étude s'est déployée sur une période de deux fois 3 à 4 mois dans les unités courts séjours de l'Institution de Béthanie et de la Fondation Clémence.

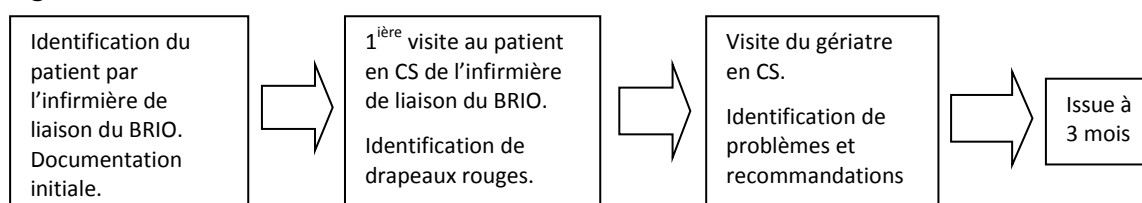
Population étudiée

Ont été inclus dans l'étude les bénéficiaires de court séjour admis depuis le CHUV ou en urgence depuis le domicile dans les deux unités courts séjours gériatriques de l'Institution de Béthanie et de la Fondation Clémence.

Processus

Une synthèse du processus figure ci-dessous (figure 1).

Figure 1 : Processus de recueil des données



L'infirmière de liaison des courts séjours au BRIO a identifié les demandes relatives aux personnes adressées depuis le CHUV ou en urgence depuis le domicile en vue d'une admission en court séjour.

Pour chaque personne incluse, l'infirmière de liaison a rempli un formulaire¹⁵ de recueil de données lors de la demande d'admission (téléphone) et après le premier entretien d'évaluation sur place avec le bénéficiaire en court séjour (voir ci-après tableau 8). Une attention particulière était portée à l'identification de « drapeaux rouges » (épuisement du réseau, refus de soins, incontinence fécale, incontinence urinaire, troubles du jugement, troubles cognitifs, antécédents de chutes à domicile, dénutrition, non adhérence au traitement, prise de 10 médicaments ou plus, isolement social, trouble du comportement, trouble dépressif, troubles anxieux, traitement/prise en charge complexe, instabilité médicale).

Tableau 8 : Données recueillies

IDL au moment de la demande de CS au BRIO	IDL après sa première visite en CS	Consultant gériatre au moment de sa visite	Issue à 3 mois (donnée BRIOCHE-WEB + DI ¹⁶)
Provenance du bénéficiaire	Etat fonctionnel (Activités de base de la vie quotidienne)	Syndromes gériatriques identifiés	Lieu de vie (domicile, long séjour)
Motif du CS	Nombre de médicaments différents	Nombre de recommandations émises	Hospitalisation ou visite aux urgences depuis la sortie du CS
Etat fonctionnel (Activités de base de la vie quotidienne)	Drapeaux rouges (liste ci-dessus)	Eventuelle proposition de réorientation en CTR	Décès
Nombre de sorties par semaine du domicile			
Nombre de passages du CMS par semaine			

Lors de l'entretien d'évaluation du bénéficiaire en court séjour, en fonction des drapeaux rouges identifiés, l'infirmière de liaison proposait à ce dernier la visite d'un spécialiste en gériatrie (médecin-gériatre ou infirmier spécialisé en gériatrie), en accord avec l'équipe soignante du court séjour. Le bénéficiaire était alors informé du but de cette démarche ainsi que de la participation financière y relative¹⁷.

En cas d'acceptation de la visite d'un spécialiste en gériatrie par le bénéficiaire, celui-ci effectuait sa consultation puis documentait la présence de problèmes gériatriques. Des recommandations de prise en charge étaient ensuite adressées à l'équipe soignante et au médecin responsable de l'institution et un rapport envoyé au médecin traitant.

Une recherche a ensuite été effectuée dans la BRIOCHE-WEB et le Dossier informatisé (DI) des CMS pour déterminer le devenir à 3 mois de toutes les personnes incluses dans l'étude (y compris celles ayant refusé la visite du gériatre).

4.3.4.3 Résultats

Population

Au total, N=114 personnes ont été incluses dans l'étude entre mai 2010 et mai 2011.

Parmi ces 114 personnes, 64 ont bénéficié d'une consultation par le consultant gériatre (56%). Parmi les motifs de « non consultation » par le gériatre, on note principalement le refus du

¹⁵ Voir ci-après sous 6.2

¹⁶ Dossier informatisé du patient (CMS)

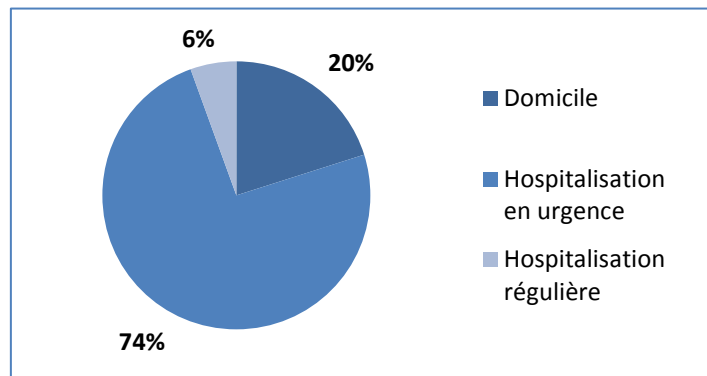
¹⁷ Voir ci-devant sous 4.3.1.4

bénéficiaire dans 40% des cas ou l'impossibilité de le rencontrer au moment du passage du médecin (bénéficiaire absent de sa chambre).

Motif du court séjour

Au total, 80% des bénéficiaires ont été admis depuis le CHUV et 20% en urgence du domicile.

Graphique 17 : Provenance des bénéficiaires (en %, N=114)

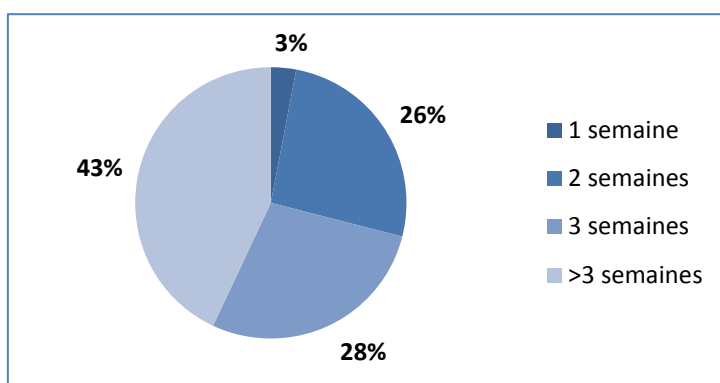


Hospitalisation urgente = admission en urgence au CHUV

Hospitalisation régulière = hospitalisation au CHUV planifiée (ex. opération élective)

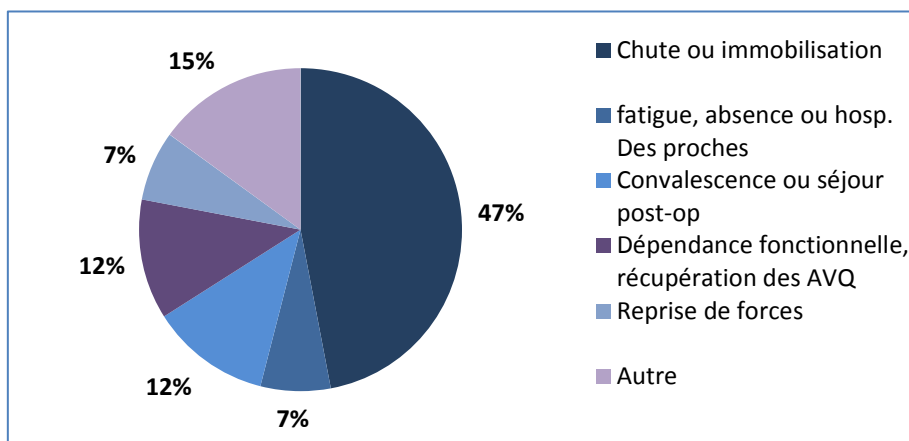
Les demandes de court séjour se référaient dans la majorité des cas à des séjours de 3 semaines ou plus.

Graphique 18 : Durée souhaitée du court séjour (N=105)

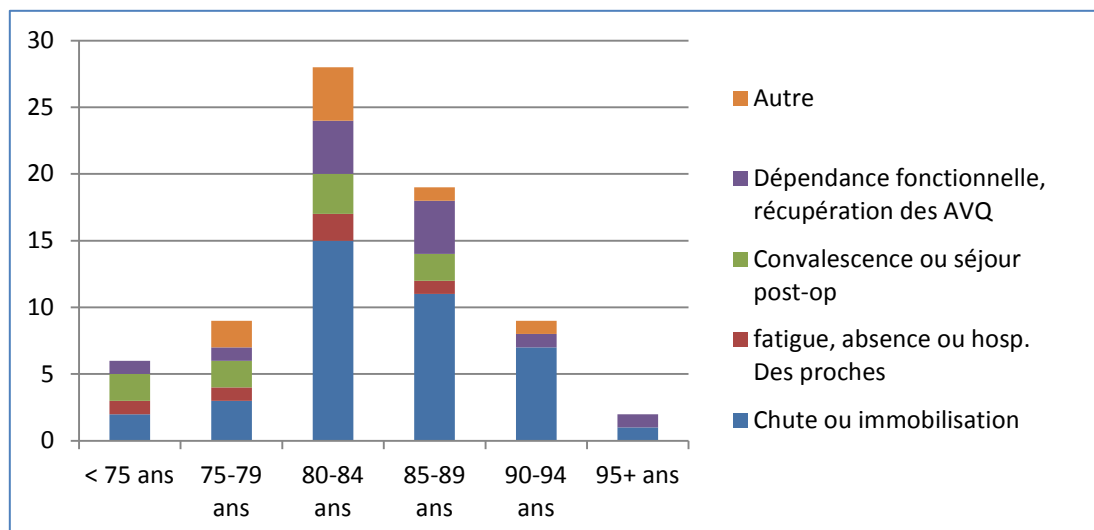


Les motifs de recours au court séjour les plus fréquents documentés par les IDL du BRIO étaient les chutes et leurs conséquences, dont l'immobilisation d'un membre (47%).

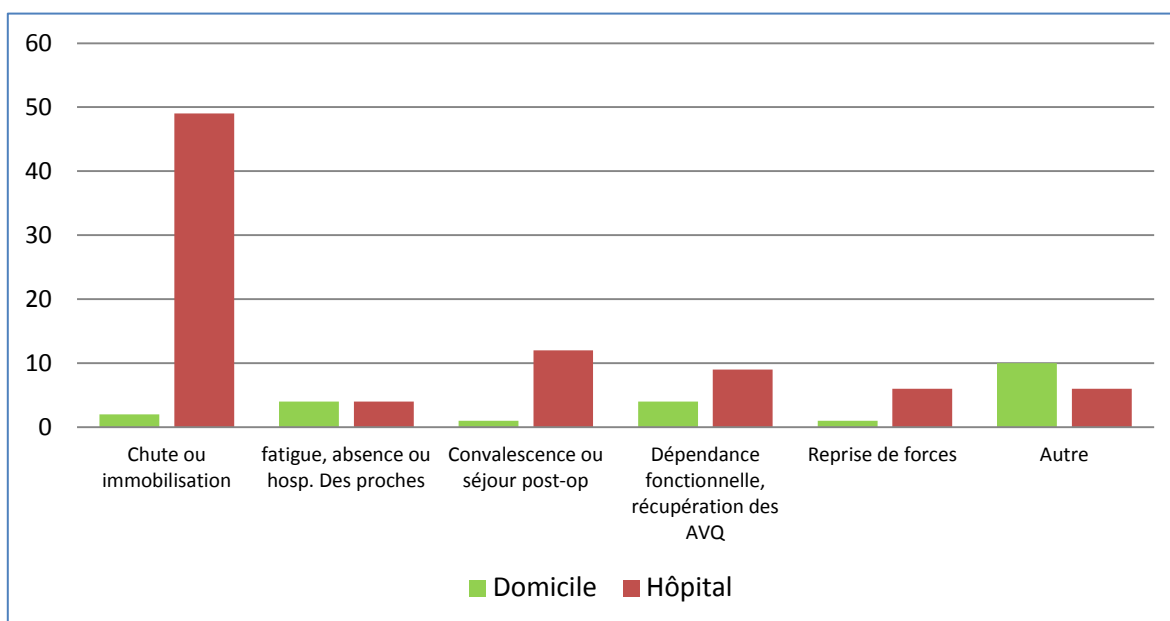
Graphique 19 : Répartition des bénéficiaires selon le motif du court séjour (N=108)



A partir de 80 ans, la chute ou l'immobilisation d'un membre était le motif du court séjour le plus fréquemment cité : 55% parmi les personnes de 80-89 ans et 73% parmi les personnes de 90 ans ou plus.

Graphique 20 : Motif du court séjour par classe d'âges (N=73)

Globalement, 96% des personnes admises pour « chute ou immobilisation d'un membre » provenaient de l'hôpital. A contrario, 64% des personnes dont le motif est « autre », catégorie qui regroupe les personnes souffrant d'anxiété et de douleurs chroniques, provenait du domicile.

Graphique 21 : Motif du court séjour selon la provenance des bénéficiaires (N=108)

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre bénéficiaires provenant du domicile et ceux provenant de l'hôpital en termes d'âge (test de Student, $p=0.73$), de performance de marche et d'équilibre ($p=0.62$), de nombre de syndromes gériatriques diagnostiqués ($p=0.97$), de médicaments prescrits ($p=0.56$), et de recommandations émises ($p=0.17$).

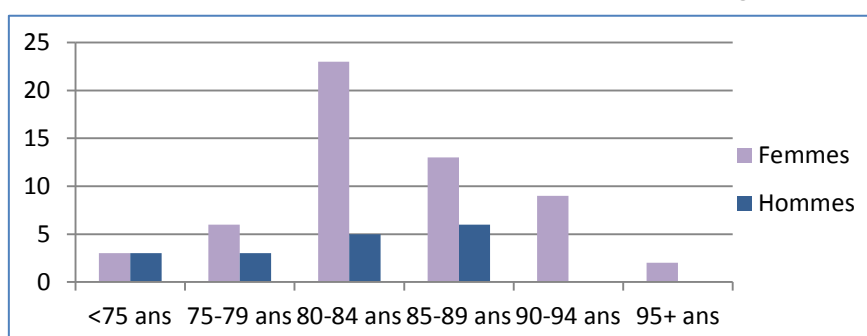
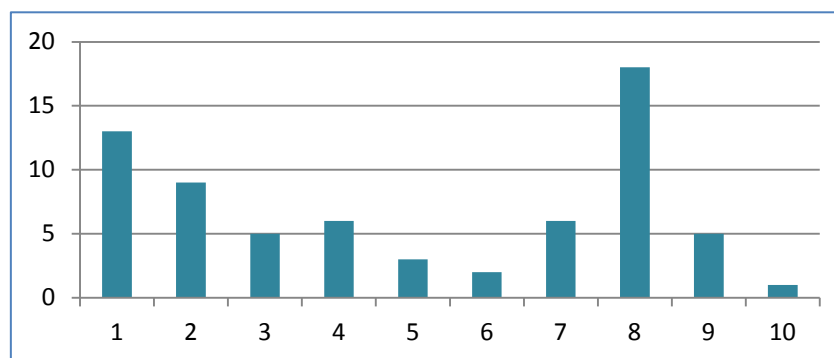
Profil sociodémographique des bénéficiaires

Globalement, les bénéficiaires étaient âgés (83 ans en moyenne) et près des 2/3 (64%) étaient âgés de 80 à 89 ans. La plupart des patients vivaient seuls à domicile (84%) et 69% bénéficiaient d'une aide du CMS avant le court séjour. Parmi les personnes vivant seules, 83% faisaient appel au CMS, par contre, parmi celles vivant en couple, seule la moitié (54%) faisait appel au CMS ($p=0.038$). Il n'y a pas d'association entre l'âge et le nombre de passages du CMS (coeff. rho de Spearman = 0.19, $p=0.19$) ni entre le recours au CMS et le sexe.

Tableau 9 : Profil sociodémographique des bénéficiaires

Sexe		Femmes	Hommes	Total	Diff. Hommes femmes
N=112		86 (77%)	26 (23%)		
Age	Moyenne +/-dev std	84.0 +/-6.0	80.2 +/- 6.2	83.1 +/- 6.2	P=0.049 ¹
N=86	Médiane & IQR	84 [76 ; 92]	81 [72 ; 90]	83 [76 ; 90]	
Situation sociale	Vit seul	47/54 (87%)	13/17 (76%)	60/71 (84%)	P=0.44 ³
N=71					
Aide externe	CMS	58/85 (68%)	18/25 (72%)	76/110 (69%)	P=0.72 ²
N=110	Aide privée	16/80 (20%)	4/23 (17%)	20/103 (19%)	P =0.52 ³
N=103	Famille/proches	57/80 (71%)	16/23 (69%)	73/103 (71%)	P=0.87 ²

¹ : U test de Mann&Whitney ; ² : test X² de Pearson ; ³ : Test de Fischer

Graphique 22 : Bénéficiaires par sexe et par classe d'âge (N=73)**Graphique 23** : Répartition des bénéficiaires selon le nombre de passages hebdomadaires du CMS (N=68)

Profil fonctionnel des bénéficiaires (évalué par l'infirmière de liaison lors de sa première visite)

L'aide pour la toilette et l'habillage étaient les dépendances dans les activités de base de la vie quotidienne les plus fréquentes (70% et 48% respectivement). Globalement, 60% des bénéficiaires étaient dépendants pour moins de trois AVQ.

Tableau 10 : Profil fonctionnel des bénéficiaires

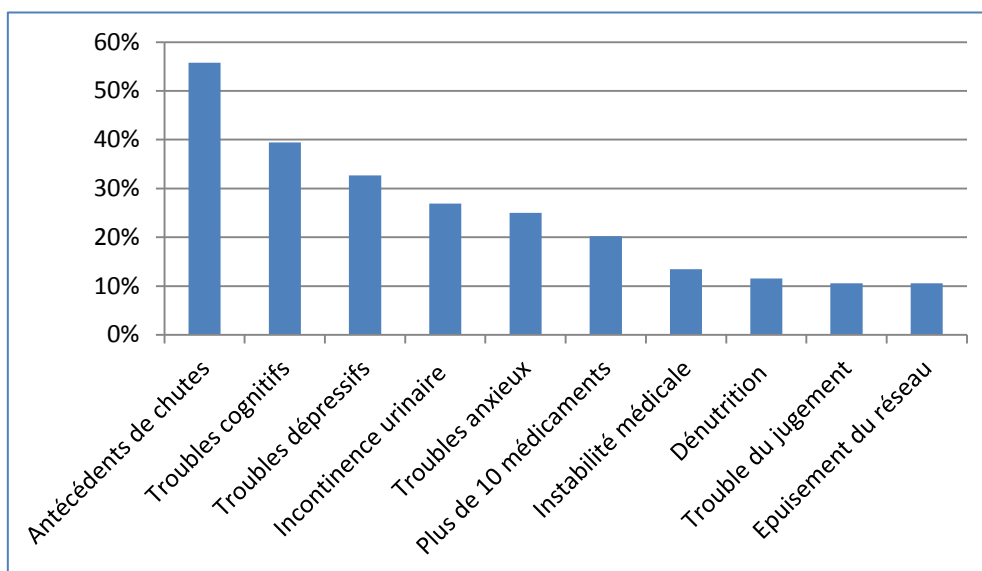
Evaluation fonctionnelle par l'IDL		Femmes N= 89	Hommes N=36	Total N=125	Différence H/F ¹
Dépendance dans les AVQ* avant le CS	Moyenne +/-dev std	2.4 +/-1.7	1.6 +/-1.5	2.2 +/-1.7	P=0.04
N=103	Médiane & IQR	2 [1 ; 4]	1 [0 ; 2]	2 [1 ; 4]	
Dépendance dans les AVQ pendant le CS	Moyenne +/-dev std	2.4 +/-1.9	1.8 +/-1.6	2.3 +/-1.9	P= 0.22
N=102	Médiane & IQR	2 [0 ; 4]	2 [0 ; 3]	2 [0 ; 4]	

Nombre de drapeaux rouges identifiés** N=102	Moyenne +/- dev std Médiane & IQR	2.9+/-1.5 3 [2 ; 4]	2.8 +/-1.8 1 [1 ; 5]	2.9+/-1.6 3 [2 ; 4]	P= 0.64
Nombre de sorties hebdomadaires avant l'entrée en CS? N=100	Moyenne +/- (dev std) Médiane & IQR	4.0 +/- 1.4 5 [3 ; 5]	4.7+/-0.6 5 [5 ; 5]	4.2+/-1.3 5 [3 ; 5]	P = 0.03

*U test Mann &Whitney / *AVQ : Activités de base de la vie quotidienne, min 0 (=dépendance totale), max 6 (=indépendance complète) / ** Drapeaux rouges : Epuisement du réseau ; Refus de soins ; Incontinence fécale ; Incontinence urinaire ; Troubles du jugement ; Troubles cognitifs ; Antécédents de chutes à domicile ; Dénutrition ; Non compliance au traitement ; Plus de 10 médicaments ; Aucun entourage social ; Trouble du comportement ; Trouble dépressif ; Troubles anxieux ; Traitement/prise en charge complexe ; Instabilité médicale

Le drapeau rouge le plus souvent mentionné par l'infirmière de liaison était l'antécédent de chute. Pourtant, les chutes ne décourageaient pas les personnes à sortir avant le court séjour : 73% des bénéficiaires avec antécédent de chute sortaient au moins 3 fois/semaine de chez eux. Et parmi les 66 bénéficiaires sortant plus de 3 fois par semaine, 31 (47%) avaient des antécédents de chutes.

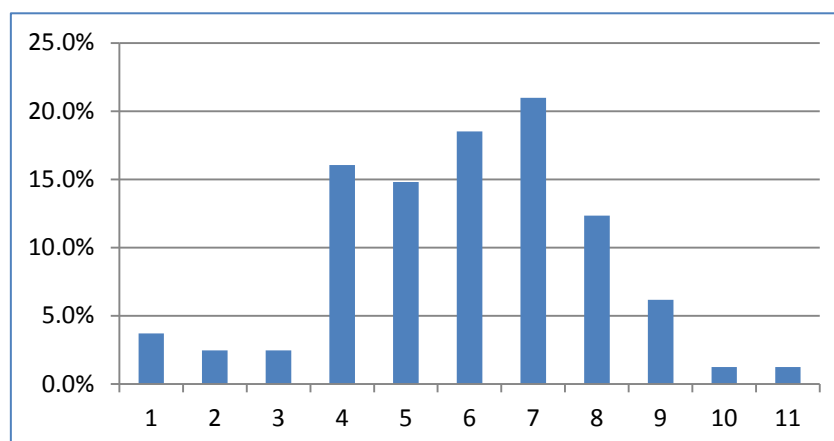
Graphique 24 : Drapeaux rouges par fréquence de citation (N=104)



Syndromes gériatriques identifiés

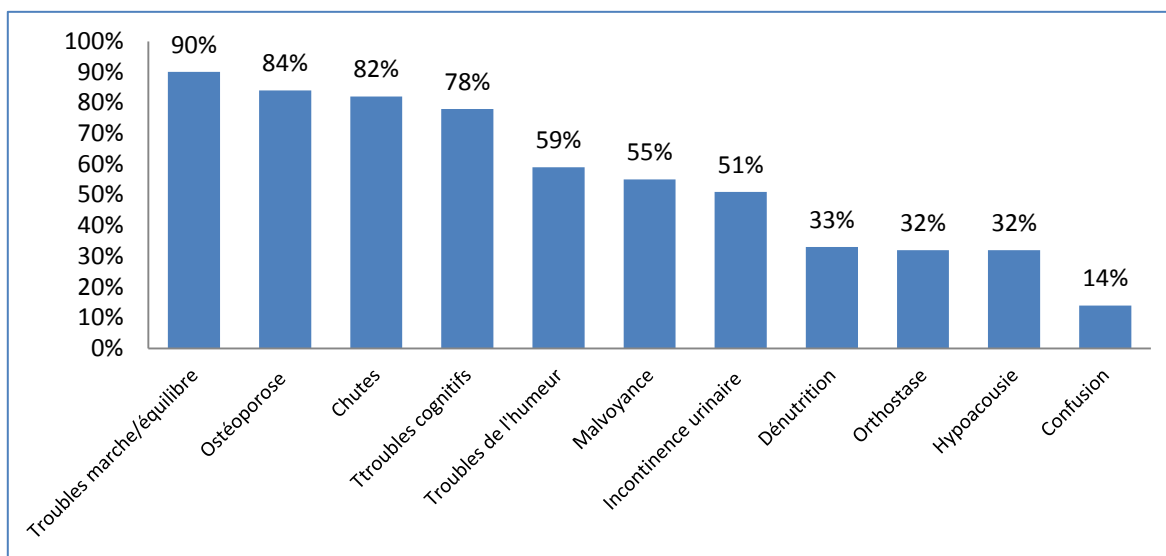
Le gériatre a identifié la présence de 4 syndromes gériatriques ou plus chez 91% des bénéficiaires évalués durant le court séjour.

Graphique 25 : Nombre de syndromes gériatriques par bénéficiaire observés dans la population étudiée (%)



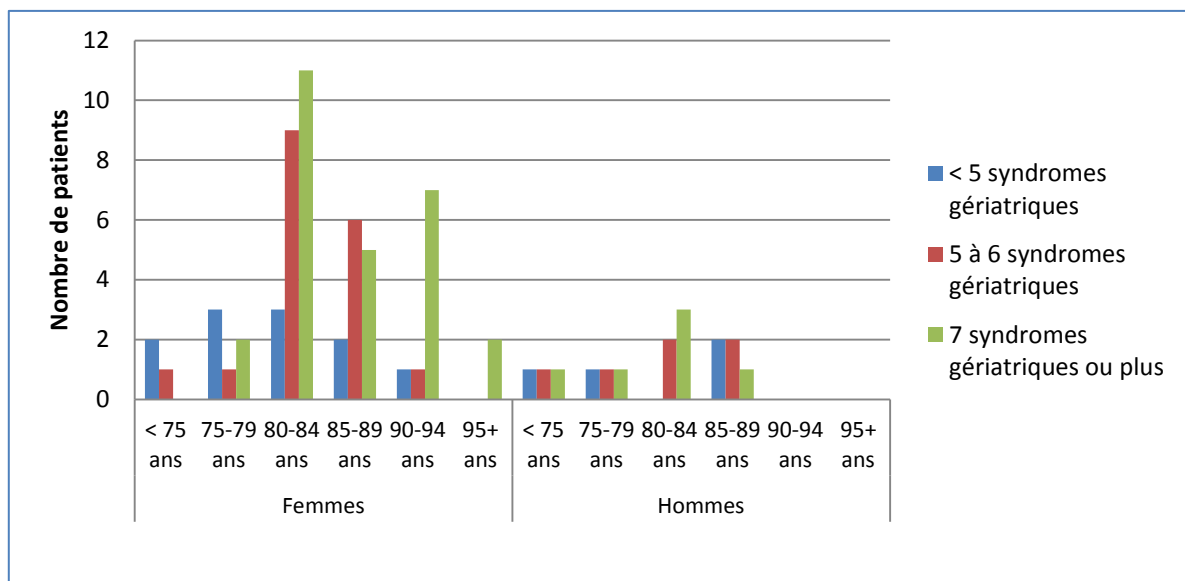
Les syndromes gériatriques les plus fréquents étaient les troubles de la marche et de l'équilibre, la présence d'une ostéoporose clinique ainsi que les antécédents de chutes et les troubles cognitifs, présents chez plus de trois quarts des bénéficiaires.

Graphique 26 : Syndromes gériatriques



Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sexes pour la prévalence des différents syndromes gériatriques, à l'exception de l'ostéoporose et de l'incontinence urinaire, plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

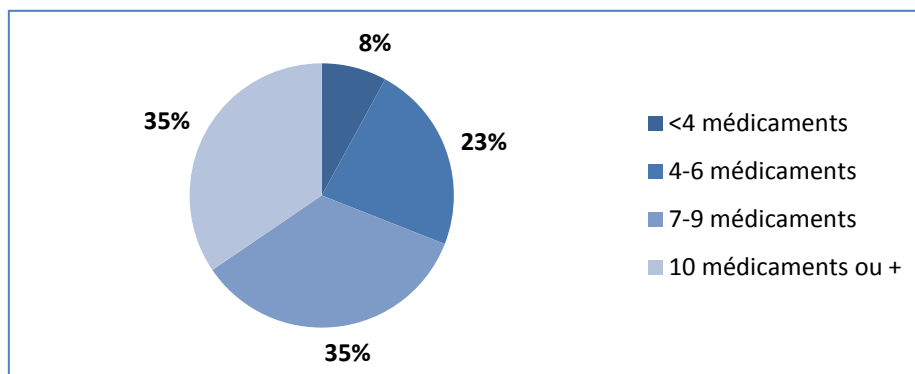
Graphique 27 : Nombre de syndromes gériatriques selon l'âge et le sexe



Il n'y a pas d'association significative entre l'âge et le nombre de syndromes gériatriques diagnostiqués (Kruskal Wallis $p=0.13$).

Médicaments

En moyenne, les bénéficiaires prenaient 8.1 +/-3.0 médicaments (médiane=8) et 70% des personnes avaient 7 médicaments ou plus. Environ un tiers (36% des femmes et 31% des hommes) avaient 10 médicaments ou plus prescrits.

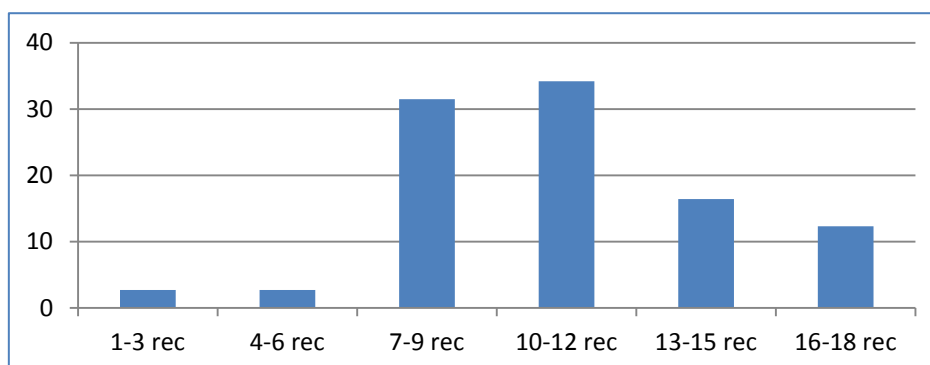
Graphique 28 : Répartition des bénéficiaires selon le nombre de médicaments (N=113)

Dans le collectif, il existe une association significative entre le fait de recevoir 10 médicaments ou plus et un diagnostic d'état confusionnel observé lors de l'évaluation gériatrique. Globalement, 7 patients sur 10 avec un diagnostic d'état confusionnel consommaient 10 médicaments ou plus.

Par contre, aucune association significative entre le fait de prendre plus de 10 médicaments et la présence ou non des autres syndromes gériatriques diagnostiqués, en particulier les chutes, les troubles de la marche et de l'équilibre ou la présence de troubles cognitifs, n'a été constatée.

Recommandations émises

Le gériatre a émis une moyenne de 11 recommandations (de 1 à 18) par personne évaluée. Ce nombre était hautement corrélé et d'autant plus élevé que le nombre de syndromes gériatriques identifiés était élevé (ρ Spearman =0.71, $p < 0.001$).

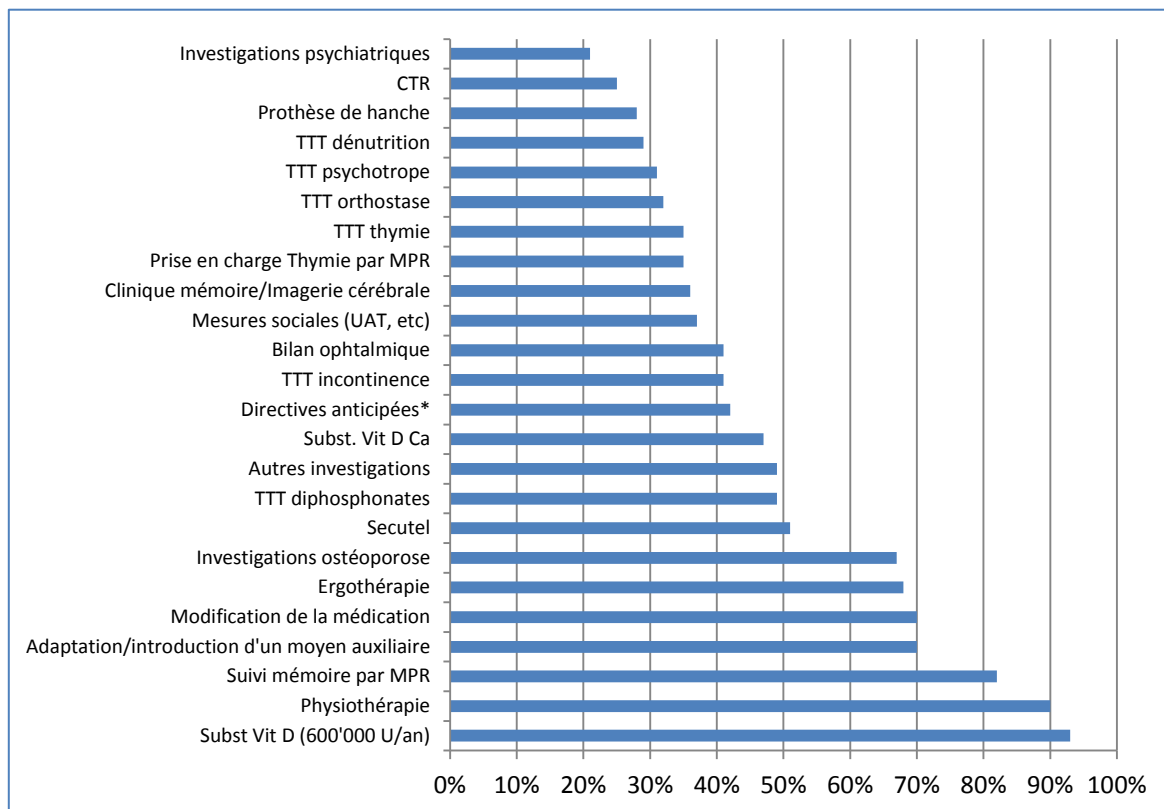
Graphique 29 : Recommandations émises (%)

Les recommandations les plus fréquentes concernaient la prise en charge des troubles de la marche et la prévention secondaire des chutes : optimisation de la substitution de vitamine D3, prescription de séances de physiothérapie et adaptation ou introduction d'un moyen auxiliaire de marche.

Un séjour en CTR a été proposé à 25% des personnes.

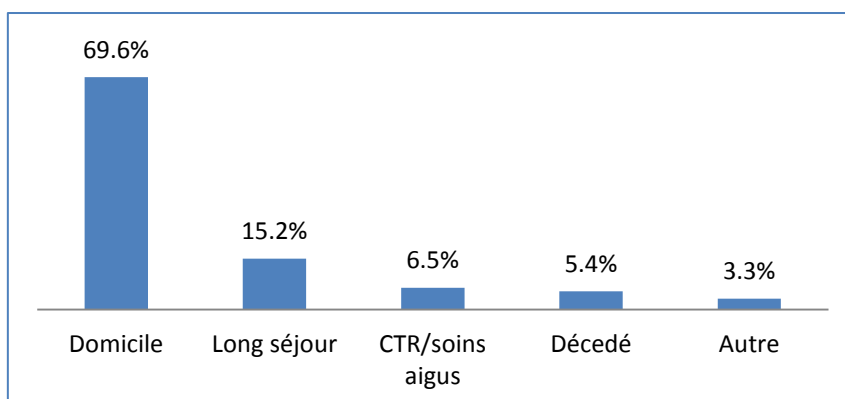
Dans plus de 80% des cas, une recommandation de suivi des fonctions cognitives par le médecin de premier recours a été émise.

Une recommandation de modification de la médication a également été émise dans 70% des cas [modification des traitements psychotropes (78%), hypotenseurs (33%) et antalgiques (20%)].

Graphique 30 : Fréquence des recommandations émises**Devenir des bénéficiaires 3 mois après la sortie du court séjour**

L'information concernant le devenir des bénéficiaires est disponible pour 92 personnes (un certain nombre de personnes n'ont pas été suivies par le CMS et l'information sur leur devenir n'a pas pu être analysée).

A 3 mois, 70% des bénéficiaires étaient à leur domicile, 15% en EMS et 6% hospitalisés en soins aigus ou en CTR.

Graphique 31 : Devenir à 3 mois

Parmi les personnes se trouvant à domicile à 3 mois (N=64), 57 personnes (89%) n'ont pas eu d'événement intercurrent durant les 3 mois qui ont suivi leur sortie du court séjour. Par contre, 6 patients (9%) ont dû séjourner en soins aigus ou aux urgences durant l'intervalle.

Une analyse montre que la fréquence de passage du CMS avant le court séjour est un élément prédictif du lieu de vie à 3 mois. Ainsi, la probabilité d'une personne qui bénéficie du CMS plus de 6 fois par semaine d'être encore à son domicile 3 mois après un court séjour est réduite de 55% par rapport à une personne qui aurait besoin du CMS moins de 6 fois par semaine (RR=0.55 ; IC 95% : 0.35-0.86). Inversement, avoir plus de 6 passages du CMS par se-

maine est associé à un risque 11 fois plus élevé d'être hébergé en EMS 3 mois après le court séjour qu'avec 5 passages du CMS/semaine ou moins.

La fréquence élevée (>6) de passages du CMS pourrait donc s'avérer utile comme indicateur d'une situation dont le pronostic de maintien à domicile se trouve en péril à court terme et lorsqu'un court séjour devient nécessaire. Ceci pourrait potentiellement permettre de mieux anticiper les discussions concernant l'avenir de ce maintien avec les personnes concernées.

En outre, les bénéficiaires ayant plus de 3 drapeaux rouges identifiés par l'infirmière de liaison lors de l'entretien d'évaluation pendant le court séjour avaient également un risque 4 fois plus élevé d'être hébergés en EMS 3 mois après le court séjour, comparés à ceux n'ayant que 3 drapeaux rouges ou moins. Là aussi, cette information pourrait, au moment du court séjour, servir de base aux discussions concernant l'avenir du maintien à domicile de ces personnes.

4.3.4.4 Synthèse

Cette étude montre que :

- 80% des admissions en provenance du CHUV ou en urgence du domicile dans les 2 unités courts séjours gériatriques ayant participé au projet proviennent de l'hôpital aigu ; ce constat met en exergue la spécificité du réseau ARCOS par rapport aux autres réseaux du canton, dans la mesure où les courts séjours urgents sont principalement utilisés pour des situations de post-hospitalisations (et non pour des séjours de décharge) ;
- Les motifs de recours au court séjour les plus fréquents sont les chutes et leurs conséquences dont l'immobilisation d'un membre (47%) ;
- Bénéficiaires :
 - Les bénéficiaires des courts séjours sont des personnes âgées et très âgées (83 ans en moyenne ; âge moyen plus élevé qu'en CTR) et vivant souvent seules à domicile (84%) ;
 - Ces personnes présentent une dépendance fonctionnelle importante dans les AVQ de base (AVQ médian = 2 ; AVQ de base plus bas qu'en CTR où la médiane est à 3) ;
 - Ces personnes sont polymorbides (91% des personnes présentent au moins 4 syndromes gériatriques en plus de leurs diagnostics médicaux habituels). Les syndromes gériatriques les plus fréquents sont les troubles de la marche et de l'équilibre, la présence d'une ostéoporose clinique, les antécédents de chutes et les troubles cognitifs ;
 - 70% des bénéficiaires avaient 7 médicaments ou plus ;
- Recommandations du consultant gériatre :
 - En moyenne, le gériatre a émis 11 recommandations pour chaque personne évaluée ;
 - Les recommandations les plus fréquentes concernent la prise en charge des troubles de la marche et la prévention secondaire des chutes ;
 - Un séjour en CTR a été proposé à 25% des bénéficiaires ;
 - Dans plus de 80% des cas, une recommandation de suivi des fonctions cognitives par le médecin de premier recours a été émise ;
 - Une recommandation de modification de la médication a également été émise dans 70% des cas ;
- Destinations :
 - A 3 mois, 70% des bénéficiaires sont à domicile, 15% en EMS et 6% hospitalisés en soins aigus ou en CTR ;
 - Parmi les personnes se trouvant à domicile à 3 mois, 9% ont dû séjourner en soins aigus ou aux urgences depuis la sortie du court séjour ;
 - La fréquence de passage du CMS avant le court séjour est un élément prédictif du lieu de vie 3 mois plus tard. Avoir plus de 6 passages du CMS/semaine est associé à un risque 11 fois plus élevé d'être hébergé en EMS 3 mois après le court séjour qu'avec 5 passages du CMS/semaine ou moins.
 - Avoir plus de 3 drapeaux rouges lors de l'admission en court séjour est également associé à un risque 4 fois plus élevé d'être hébergé en EMS 3 mois après le court séjour.

4.3.5 **Modules de formation clinique et mise en place d'un colloque interdisciplinaire en court séjour**

4.3.5.1 **Sensibilisation des équipes soignantes à l'évaluation gériatrique globale**

Objectifs

Au vu des résultats de l'analyse du profil des bénéficiaires de court séjour gériatrique (voir ci-avant sous chiffre 4.3.4), il est apparu important que les équipes de soins des courts séjours acquièrent des compétences spécifiques dans l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées polymorbides. Les **objectifs spécifiques** étaient de :

- Sensibiliser les équipes de soins à l'évaluation gériatrique structurée ;
- Sensibiliser les équipes de soins à l'utilisation d'outils d'évaluation fonctionnelle (mesure des activités de base de la vie quotidienne) ;
- Sensibiliser les équipes de soins à l'évaluation et la prise en charge de syndromes gériatriques fréquents (troubles cognitifs, état confusionnel, troubles de la marche et de l'équilibre, chutes et déconditionnement en particulier).

Méthode

Deux approches complémentaires ont été mises en œuvre afin de familiariser les équipes des unités courts séjours de l'Institution de Béthanie et de la Fondation Clémence avec la démarche et les outils d'évaluation gériatriques :

1. Une **approche par cas clinique**

Dans le cadre du sous-volet « analyse systématique du profil des bénéficiaires de court séjour gériatrique » (voir ci-avant sous chiffre 4.3.4), le consultant gériatre et l'infirmier spécialisé en gériatrie ont effectué 64 évaluations gériatriques à l'Institution de Béthanie puis à la Fondation Clémence. Chaque évaluation a fait l'objet d'une discussion avec l'équipe soignante du court séjour concerné, au cours de laquelle le gériatre et l'infirmier spécialisé en gériatrie ont transmis des connaissances spécifiques en clinique gériatrique ; sur la base des problèmes identifiés, les soignants ont ensuite pu définir avec les intervenants du projet les objectifs de prise en charge et les moyens à mettre en œuvre pour permettre au patient d'atteindre ces objectifs.

2. Une **approche théorique**

Deux cours d'introduction aux principes de l'évaluation gériatrique globale ont été organisés pour l'équipe soignante de la Fondation Clémence. Ces cours ont eu lieu sur deux demi-journées de trois périodes de 45 minutes. Ces cours avaient pour objectifs de présenter la démarche de l'évaluation gériatrique multidimensionnelle et interdisciplinaire, les outils de dépistage des syndromes gériatriques et d'évaluation de la dépendance fonctionnelle ainsi que d'apporter des notions théoriques sur les principaux syndromes gériatriques (troubles de la marche et de l'équilibre, chutes, troubles cognitifs, état confusionnel aigu, incontinence urinaire, dénutrition protéino-calorique, troubles de l'humeur).

Résultats

Globalement, les équipes de soins des unités de courts séjours de l'Institution de Béthanie et de la Fondation Clémence ont accueilli favorablement la possibilité d'échanger autour de certaines situations cliniques. La présence des gériatres a souvent suscité d'autres demandes d'évaluation ou de prise en charge de patients.

Les modules de formation réalisés à la Fondation Clémence ont été également appréciés et ont montré un taux élevé de participation. A noter que ces modules étaient également ouverts aux soignants de l'unité de longs séjours. Cette sensibilisation à l'approche gériatrique multidimensionnelle a donc été bien perçue par les équipes de soins. Néanmoins, cette sensibilisation reste insuffisante pour permettre de changer fondamentalement des pratiques et augmenter efficacement le niveau d'expertise.

La Fondation Clémence a quant à elle tiré un bilan très positif du projet, les objectifs du volet ayant été atteints (augmentation du niveau de connaissance et de compétences ; développement d'outils d'évaluation ; orientation du travail en lien avec la spécificité des évalua-

tions et dans une vision de retour à domicile ; travail en réseau ; amélioration de la collaboration interdisciplinaire et interinstitutionnelle ; contacts développés avec d'autres partenaires).

4.3.5.2 *Mise en place d'un colloque interdisciplinaire hebdomadaire*

Objectifs

Les résultats de l'analyse systématique du profil des bénéficiaires de court séjour gériatrique (voir ci-avant sous chiffre 4.3.4) ont également mis en évidence :

- Que les patients âgés bénéficiaires de court séjour souffrent de problèmes d'ordre à la fois médicaux, fonctionnels et sociaux ;
- Qu'une approche multidimensionnelle structurée et une prise en charge interdisciplinaire sont nécessaires pour permettre de mieux appréhender leur situation et dresser un bilan de leurs besoins individuels.

Un colloque interdisciplinaire a été mis en place à la Fondation Clémence afin de favoriser le **partage d'informations** nécessaire pour définir au mieux les **objectifs de prise en charge** des bénéficiaires ainsi que les **moyens** à mettre en œuvre pour optimiser les conditions de retour à domicile (par exemple : intervention de tierces personnes tels que les aidants informels et/ou professionnels du réseau).

Méthode

Le consultant gériatre, l'infirmier spécialisé en gériatrie et l'infirmière de liaison ont soutenu l'équipe soignante et le médecin répondant du court séjour pour l'organisation d'un colloque interdisciplinaire hebdomadaire.

Une attention particulière a été portée sur la récolte structurée d'informations et sur l'amélioration de la pertinence des observations dans le domaine relatif au champ de compétences et d'actions des différents participants.

Résultats

Malgré la difficulté à assurer une régularité dans la fréquence des colloques, les professionnels concernés se sont dits clairement convaincus par la pertinence de ce colloque interdisciplinaire (pertinence et efficacité des échanges pour une meilleure prise en charge des bénéficiaires).

Ce colloque s'est tenu jusqu'à fin 2012.

4.3.6 *Mise en place d'un programme de prévention des chutes en court séjour*

4.3.6.1 *Contexte*

Plus d'un tiers de la population des personnes de plus de 65 ans chute au moins une fois par an. Cette proportion s'élève à 50% au-delà de 80 ans et augmente encore chez les personnes âgées polymorbides, notamment les résidents des EMS. Environ la moitié des chuteurs tombe de manière répétée. Les chutes représentent la première cause de décès accidentel chez les personnes âgées. Les chutes favorisent la survenue ou l'aggravation d'un déclin fonctionnel, compromettant ainsi l'indépendance et la qualité de vie et contribuant de manière significative à l'augmentation des coûts de la santé.

La plupart des bénéficiaires de courts séjours sont des personnes en situation de perte d'indépendance fonctionnelle en raison d'atteintes dans leurs capacités physiques, sensorielles ou cognitives. Elles sont à haut risque de chutes.

Partant du constat que les chutes sont plus fréquentes dans la période qui suit un transfert ou un changement de lieu de vie, il appartient notamment au personnel soignant des courts séjours d'identifier, dès l'admission, les personnes à risque de chute afin de proposer des mesures adaptées (telles que des prestations pour entretenir voire améliorer la marche et l'équilibre, prévenir les chutes, le déconditionnement et le déclin fonctionnel).

La sécurité et l'indépendance des résidents dépendent également de l'environnement architectural de l'établissement. Les modifications environnementales visant à diminuer les risques de chute font donc également partie d'une approche multidimensionnelle de pré-

vention des chutes. Bien que sécuriser l'environnement immédiat du résident fasse partie des soins de routine, les pratiques sont peu formalisées et les oublis fréquents.

4.3.6.2 Objectifs

Les **objectifs généraux** du programme de prévention des chutes étaient de :

- Sensibiliser le personnel soignant des unités courts séjours des EMS à la problématique des chutes ;
- Proposer un support didactique et pratique pour favoriser ou soutenir la mise en place de mesures de prévention des chutes.

Les **objectifs spécifiques** étaient de :

- Réaliser un audit architectural d'une unité court séjour d'EMS ;
- Mettre en place une documentation des chutes et analyser systématiquement ces événements dans un colloque interdisciplinaire ;
- Réaliser des ateliers de formation à l'intention du personnel soignant d'une unité court séjour.

Ce programme a été mené au sein de la Fondation de l'Orme.

4.3.6.3 Audit architectural



La réalisation d'un audit architectural visait à :

- Analyser l'environnement immédiat du bénéficiaire du court séjour (chambre, espace du lit, WC, etc.) ;
- Analyser l'environnement général de l'unité court séjour de l'EMS (lieux communautaires, salle à manger, corridors, escaliers, etc.) ;
- Formuler des recommandations à l'attention de l'unité court séjour de l'EMS.

Deux documents sous forme de « check-lists » de l'environnement immédiat du résident et des lieux communs ont été élaborés (voir ci-après sous chiffres 6.3 et 6.4).

Sur la base de ces deux documents, l'ergothérapeute du projet a réalisé un audit architectural à la Fondation de l'Orme puis rédigé un rapport, dans lequel étaient mis en lumière les avantages et les risques de différents aspects architecturaux. Toutes les propositions concernant les éléments architecturaux ont ensuite été discutées avec la Direction de la Fondation de l'Orme.

Tableau 11 : Extrait du rapport d'audit architectural

PHOTOS	AVANTAGES	INCONVENIENTS/ RISQUES	RECOMMANDATIONS
L'environnement proche : les chambres des résidents			
Porte des chambres 	<ul style="list-style-type: none"> • Porte personnalisée  	<ul style="list-style-type: none"> • Les portes des chambres : ne se différencient pas des murs 	<ul style="list-style-type: none"> • Portes des chambres : avec couleur différente
Le lit et son environnement direct	<ul style="list-style-type: none"> • Le lit : 4 roulettes blocables, 3 moteurs, barrières et potence à option 	<ul style="list-style-type: none"> • Hauteur du lit avec matelas : 60 cm et/ou 50 cm : trop haut pour pouvoir appuyer les pieds au sol lorsque le résident est assis au bord du lit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir un lit (par étage ?) pouvant aller jusqu'au sol pour les résidents confus, multi-chuteurs (c.f. lits de <u>Mélody</u>). Pour éviter les blessures les lits très bas semblent être la meilleure option ! • Réfléchir aux demi-barrières (celles-ci n'empêchent pas le résident de passer par-dessus !)

4.3.6.4 Documentation et discussion des chutes lors d'un colloque interdisciplinaire

La documentation et l'analyse systématique des chutes en unité court séjour avaient pour buts de :

- Mettre en place un recueil de données permettant de documenter adéquatement les chutes ;
- Analyser les chutes au cas par cas afin de déterminer des actions ciblées pour chaque personne concernée ;
- Analyser les chutes de manière globale, afin de favoriser une vision d'ensemble des chutes dans le service concerné (horaires, lieux, activités, etc.) permettant ainsi des actions plus globales (aménagement, matériel, organisation du travail) ;
- Mettre en place un colloque interdisciplinaire mensuel pour discuter des situations afin d'améliorer les connaissances de l'équipe sur la problématique des chutes et de mettre en place les bonnes mesures de prévention.

En premier lieu, le document de recueil d'informations à l'admission du résident de la Fondation de l'Orme a été revu dans le but de permettre l'identification des personnes à risque de chute et la mise en place des mesures de prévention adaptées à chaque situation.

Tableau 12 : Extrait du recueil d'informations à l'admission du résident

<p>RECUEIL D'INFORMATIONS : RISQUES DE CHUTE Informations utiles à recueillir pour mettre en place des mesures de prévention des chutes dès l'arrivée du résident SOURCES : DMST/ IDL (infirmière de liaison)/ CMS, MEDECIN, RESIDENT/PROCHES, ENTOURAGE</p> <p>▶ LE RESIDENT EST-IL TOMBE DANS LES 3 DERNIERS MOIS : une fois <input type="checkbox"/> plusieurs fois <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>▶ CONSEQUENCES ET GRAVITE DES CHUTES (fracture, plaies, contusions/hématomes, peur de chuter ou de se mettre debout, autre):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>▶ LE RESIDENT A-T-IL PU SE RELEVER SEUL ? de quelle façon a-t-il été aidé à se relever ?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>▶ DANS QUELLES CIRCONSTANCES : NUIT.....JOUR.....</p> <p>Lors de quelle activité, comment ?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>▶ FACTEURS DE RISQUE CONNUS :</p> <p>▪ INTRINSEQUES:</p> <p>Troubles cognitifs (ex : désorientation, oublis, difficultés d'organisation, confusion,...)</p> <p>.....</p> <p>Troubles de la marche et de l'équilibre (ex : difficultés à se lever, démarche instable, ...)</p> <p>.....</p> <p>Faiblesse musculaire.....</p> <p>Troubles de la vision</p> <p>Incontinence d'urine ou des selles.....</p> <p>Pathologies ostéo-articulaire (ex : arthrite déformante, arthrose, déformations des pieds, douleurs, ...)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

Parallèlement, le formulaire de documentation des chutes utilisé dans certains EMS a été modifié et adapté au besoin du projet.

Tableau 13 : Extrait du formulaire de recueil des chutes

1.1.1.1 A. Lieu de la chute		1.1.1.3
<input type="checkbox"/> Chambre	<input type="checkbox"/> Salle de bain-WC	<input type="checkbox"/> Salle à manger
<input type="checkbox"/> Escaliers	<input type="checkbox"/> Couloir	<input type="checkbox"/> Salon
<input type="checkbox"/> Ascenseur	<input type="checkbox"/> Animation, petite salle	<input type="checkbox"/> cafétéria
<input type="checkbox"/> Wc rez	<input type="checkbox"/> Terrasse/jardin	<input type="checkbox"/> Autre
1.1.1.4 B. Circonstances de la chute		1.1.1.6
<input type="checkbox"/> Patient seul	<input type="checkbox"/> Patient accompagné	Signes vitaux : TA.....mmHg FC...../min
Chute depuis coucher/assis :		
<input type="checkbox"/> Chaise	<input type="checkbox"/> Siège wc-douche	<input type="checkbox"/> Barrières au lit
<input type="checkbox"/> Chaise roulante	<input type="checkbox"/> Chaise percée	<input type="checkbox"/> Autre contention :
<input type="checkbox"/> Fauteuil	<input type="checkbox"/> Lit	
<input type="checkbox"/> Autre.....		
<input type="checkbox"/> Au repos	<input type="checkbox"/> Durant un transfert	Description de la chute selon le pensionnaire
<input type="checkbox"/> Indéterminé	<input type="checkbox"/> Autre.....
Depuis debout		
<input type="checkbox"/> En marchant	<input type="checkbox"/> Statique	
<input type="checkbox"/> A pu se relever seul	<input type="checkbox"/> N'a pas pu se relever seul	
<input type="checkbox"/> Utilisation d'aide à la marche pendant la chute		
<input type="checkbox"/> canne	<input type="checkbox"/> Cadre de marche	Autre.....
<input type="checkbox"/> autre		<input type="checkbox"/> Cannes anglaises
1.1.1.7 C. Facteurs de risque de chute (extrinsèques)		1.1.1.9
<input type="checkbox"/> Chaussures mal adaptées	<input type="checkbox"/> Chaussettes/pieds nus	<input type="checkbox"/> Absence/ disfonction de la sonnette
<input type="checkbox"/> Sol glissant	<input type="checkbox"/> Eclairage inadéquat/lampe non allumée	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Equipements :	<input type="checkbox"/> Sonde vésicale	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Chaise/lit : freins non-bloqués	<input type="checkbox"/> Lit en position haute	<input type="checkbox"/> Lit en position basse
<input type="checkbox"/> Autre.....		
1.1.1.10 D. Facteurs de risque de chute (intrinsèques)		1.1.1.12
<input type="checkbox"/> Confusion/désorientation	<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre/marche
<input type="checkbox"/> Troubles de la vision	<input type="checkbox"/> Ne portait pas ses lunettes	<input type="checkbox"/> Incontinence (ou élimination fréquente)
<input type="checkbox"/> Pathologie (s) ostéo-articulaire (s) :		<input type="checkbox"/> Hypotension orthostatique
<input type="checkbox"/> Pathologie (s) neurologique(s) :		<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Pathologie (s) cardiaque (s) :		
<input type="checkbox"/> Antécédent de chute dans les 3 derniers mois		
Médication		
<input type="checkbox"/> Plus de 4 médicaments	<input type="checkbox"/> Psychotropes (somnifères, anxiolytiques, antidépresseurs...)	
<input type="checkbox"/> Dérivés morphiniques	<input type="checkbox"/> Changement récent de médication	
<input type="checkbox"/> Autre		
1.1.1.13 E. Conséquences		1.1.1.15
<input type="checkbox"/> Aucune, pas de lésion	<input type="checkbox"/> Contusions/hématomes	<input type="checkbox"/> Plaie/dermabrasion
<input type="checkbox"/> Fracture (s)	<input type="checkbox"/> Décès	<input type="checkbox"/> Autre
Interventions :		
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Antalgie	<input type="checkbox"/> Pansement
<input type="checkbox"/> Suture	<input type="checkbox"/> Autres mesures	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pas d'investigation	<input type="checkbox"/> Radiographie	<input type="checkbox"/> CT Scan
<input type="checkbox"/> Visite du médecin	<input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="checkbox"/>
Remarques :		
.....		

Une saisie systématique des chutes a ensuite été implémentée et l'ergothérapeute du projet a réalisé une analyse systématique des formulaires de déclaration de chutes.

Les situations les plus problématiques ou emblématiques ont été discutées dans le cadre d'un colloque interdisciplinaire mensuel mis en place dans le cadre du projet. Afin de faciliter l'analyse de la situation du résident chuteur et sa présentation au colloque interdisciplinaire, un document de référence a été élaboré puis utilisé par les membres de l'équipe soignante. Chaque rencontre a fait l'objet d'une synthèse de séance.

Tableau 14 : Extrait du document de référence « Colloque interdisciplinaire »**Objectifs :**

Développer une culture d'équipe et des pratiques communes dans le domaine de la prévention des chutes

Acquérir des connaissances spécifiques sur la problématique des chutes.

Développer des compétences dans la prévention des chutes

Moyens :

Présenter des situations de résidents à partir du formulaire de déclaration de chute dûment complété et selon une procédure structurée (cf. infra) lors d'un colloque interdisciplinaire mensuel

Déroulement

Les soignants identifient 1-2 situations qu'ils souhaitent présenter lors du colloque interdisciplinaire.

Les situations sont préalablement préparées et présentées en respectant le déroulement suivant :

1. Introduction : brève présentation du résident choisi (nom, âge, motif et durée du court séjour, état de santé, diagnostics relevant, médicaments, situation à domicile : BAVQ, IAVQ, troubles de la marche et de l'équilibre, antécédents de chute, aide de marche)
2. Informations relevées sur la déclaration de chute
 - Circonstances de la chute
 - Où, quand, comment
 - Pourquoi : facteurs de risque intrinsèques, facteurs de risque extrinsèques
 - Conséquences et interventions
 - Mesures de prévention mises en place de suite
3. Discussion interdisciplinaire, propositions, décisions
4. Remarques d'ordre général

Au cours de la période d'octobre 2010 à novembre 2011, 11 colloques interdisciplinaires ont été réalisés, réunissant de manière générale l'ergothérapeute du projet, des représentants de l'équipe soignante de l'unité court séjour de la Fondation de l'Orme, le médecin répondant du court séjour et un médecin gériatre du projet.

4.3.6.5 Ateliers de formation

La réalisation d'ateliers de formation avait pour but de sensibiliser le personnel soignant des courts séjours à la problématique des chutes et à la mise en place de mesures de prévention.

Deux ateliers pratiques de formation continue ont été organisés pour l'équipe soignante des courts séjours de la Fondation de l'Orme, à savoir :

- **Atelier 1** : Gestion des aides de marche pour personnes en court séjour et importance du chaussage

Cet atelier visait d'une part à renforcer les connaissances sur les aides de marche (caractéristiques, indications, risques potentiels, réglage, entretien, utilisation, besoin de réévaluation) et à développer des compétences pratiques pour aider le résident à utiliser son aide de marche (abord du siège, déplacement, escaliers, etc.). L'utilisation d'une aide de marche adaptée favorise l'indépendance de la personne, améliore son équilibre et sa sécurité.

Cet atelier visait d'autre part à enseigner aux professionnels du court séjour ce qu'est une bonne chaussure favorisant la stabilité lors de la marche et permettant un bon maintien du pied.

- **Atelier 2** : Sécurité en chambre, activités de base de la vie quotidienne et travail du relever du sol

Cet atelier visait d'une part à promouvoir un environnement aidant et sécuritaire pour le résident et à favoriser sa participation dans les AVQ. Les professionnels ont appris à utiliser une « check-list » pour vérifier la sécurité de l'environnement immédiat du résident et développer leurs connaissances des aides techniques.

Cet atelier visait d'autre part à assurer la sécurité du soignant et du résident pour le relever du sol. Cet atelier a permis d'enseigner et de pratiquer les techniques de relever du sol (méthode active avec une bonne participation du résident, méthode aidée et méthode passive avec utilisation du lève-personne).

Ces ateliers ont été organisés à deux reprises pour que toute l'équipe soignante des courts séjours puisse y participer au moins une fois.

4.3.6.6 Résultats

La mise en œuvre de ce programme pilote de prévention des chutes à la Fondation de l'Orme s'est révélée très intéressante.

L'audit architectural a reçu un accueil très favorable par la Direction de la Fondation de l'Orme. Un certain nombre de recommandations proposées ont ainsi pu être mises rapidement en œuvre. Les recommandations impliquant des démarches plus lourdes seront prises en compte à moyen terme.

Globalement, les équipes se sont montrées très intéressées à cette démarche. Elles ont notamment relevé que cette démarche avait permis de changer leur appréciation du problème des chutes, vécu auparavant comme une fatalité sur laquelle on ne pouvait pas agir.

Les ateliers pratiques de formation continue ont été particulièrement appréciés de par leur contenu très pratique et directement utile pour les équipes.

Depuis la fin du projet Géri-A-Com, d'autres EMS se sont montrés intéressés à ce programme, qui ne se limite pas seulement aux courts séjours.

A ce jour, le programme est en cours de mise en place à la Fondation Louis Boissonnet à Lausanne.

4.4 Volet 3 : Modèle de collaboration entre médecins de premier recours et un infirmier spécialisé en gériatrie

4.4.1 Objectifs

En raison du vieillissement de la population, une augmentation importante de la prévalence des maladies chroniques est attendue. Cette augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques va s'accompagner d'un accroissement important de l'utilisation du système de santé et notamment des consultations médicales. D'après les projections qui ont été faites (Observatoire suisse de la santé, Obsan¹⁸), le système de santé sera confronté à une pénurie d'offres de consultations médicales.

En outre, le dépistage et la prise en charge des syndromes gériatriques sont chronophages et nécessitent une activité de coordination et de suivi qui, en raison des contraintes de temps mais aussi financières, ne pourra pas être entièrement assumée par les médecins praticiens. Ainsi, des modèles de collaboration entre infirmiers spécialisés en gériatrie et praticiens de premier recours sont importants à développer.

Le modèle de collaboration entre un infirmier spécialisé en gériatrie et médecins de premier recours a été développé à partir de l'activité de la consultation spécialisée de gériatrie (cf. volet 1). Il a démarré avec quelques médecins de la consultation générale de la PMU qui avaient adressé des patients à la consultation de gériatrie, puis s'est étendu progressivement aux médecins de premier recours installés.

Les **objectifs spécifiques** du développement de ce modèle de collaboration étaient de venir en soutien aux médecins de premier recours pour :

- Apporter une **aide à la mise en œuvre des recommandations** formulées lors de la consultation spécialisée de gériatrie ;
- **Coordonner**, en collaboration avec le réseau de soins, les interventions proposées par le gériatre lors de la consultation de gériatrie ;
- **Faire un suivi** régulier des interventions mises en œuvre et réajuster, en collaboration avec le médecin de premier recours, les interventions des divers professionnels en fonction de l'évolution du patient ;
- **Réévaluer** régulièrement l'état fonctionnel du patient.

Les **ressources humaines** attribuées à l'activité du volet 3 ont été les suivantes :

- Infirmier spécialisé en gériatrie, Service de Gériatrie, CHUV ;
- Chef de clinique, Service de Gériatrie, CHUV ;
- Médecin cadre, Service de Gériatrie, CHUV.

4.4.2 Processus mis en place

Le principe de ce modèle est d'assurer que des compétences gériatriques puissent être mises à disposition des médecins de premier recours, sans forcément que ceux-ci doivent avoir recours à une consultation médicale gériatrique. Dans ce modèle, l'infirmier spécialisé en gériatrie réalise une évaluation gériatrique globale structurée, identifie les problèmes et propose au médecin traitant des interventions par domaine. L'évaluation gériatrique et les propositions sont discutées au préalable avec le gériatre avant d'être soumises et discutées par l'infirmier avec le médecin de premier recours.

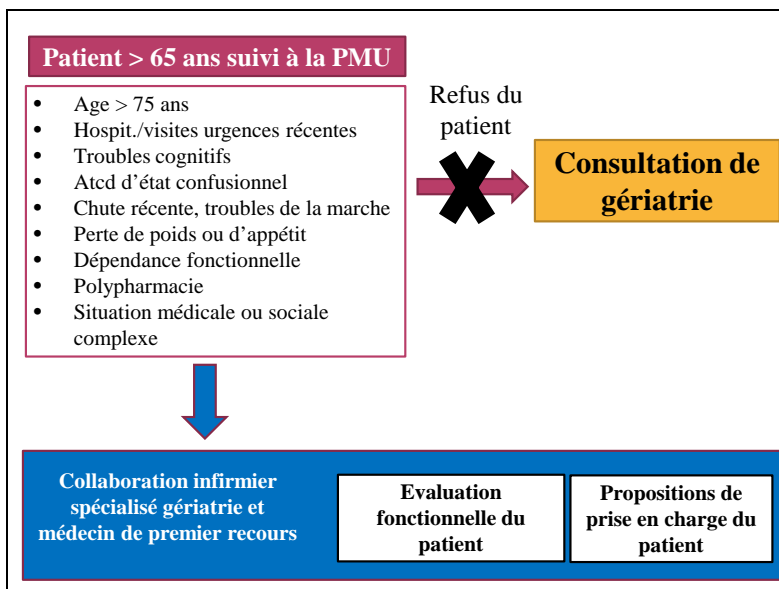
Deux types de patients, pouvant a priori bénéficier de la mise en place d'une collaboration étroite entre infirmier en gériatrie et médecin de premier recours, ont été identifiés pour démarrer la modélisation de cette collaboration :

1. Les patients des médecins de la consultation générale de la PMU pour lesquels le médecin-assistant de la PMU souhaiterait une consultation médicale gériatrique, mais que le patient refuse.

¹⁸ Laurence Seematter-Bagnoud, Julien Junod, Hélène Jaccard Ruedin, Maik Roth, Claudia Foletti, Brigitte Santos-Eggimann « Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030 », Document de travail 33, Juillet 2008

L'infirmier spécialisé en gériatrie peut, si le patient l'accepte, effectuer une évaluation gériatrique globale fonctionnelle, soit au cabinet, soit au domicile du patient. Si le patient refuse d'emblée la rencontre avec l'infirmier, celui-ci pourra néanmoins donner quelques conseils de prise en charge au médecin de la PMU et tenter de garder un lien avec le patient (téléphonique par exemple).

Figure 2 : Processus pour les patients refusant une consultation médicale gériatrique

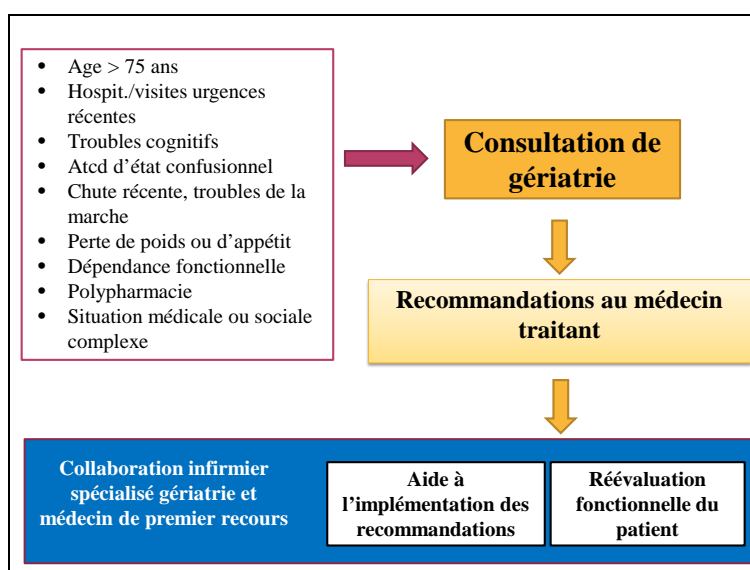


Atcd = Antécédent ; Hospit = Hospitalisation

2. Les patients qui ont bénéficié d'une consultation de gériatrie et pour lesquels les propositions de prise en charge nécessitent une forte activité de coordination.

Lorsque les situations sont complexes et que de nombreux intervenants doivent être impliqués, la coordination de ces derniers peut se révéler chronophage. Le médecin peut alors solliciter l'infirmier spécialisé en gériatrie pour l'aider dans cette coordination. L'infirmier peut également soutenir le médecin traitant lorsque le patient refuse a priori l'aide proposée, afin d'identifier les facteurs qui seraient des freins à l'acceptation d'aide. Cet accompagnement nécessite souvent du temps que le médecin traitant n'a pas forcément.

Figure 3 : Processus pour les patients qui ont bénéficié d'une consultation médicale gériatrique



4.4.3 Bilan

En une année, **20 patients**, pris en charge par **17 médecins traitants différents**, ont été suivis par l'infirmier spécialisé en gériatrie. La plupart des suivis ont été initiés après la consultation spécialisée de gériatrie. Seuls 3 patients ont été suivis directement en collaboration avec les médecins-assistants de la PMU, sans que le patient ait bénéficié d'une évaluation gériatrique dans le cadre de la consultation spécialisée.

Profil des patients

Les problématiques principales ayant motivé l'initiation d'un suivi par l'infirmier spécialisé en gériatrie étaient les suivantes :

- **Pathologie démentielle** avec +/- troubles du comportement et épuisement (ou risque d'épuisement) des proches ; nécessité de la mise en place du réseau de soins, notamment auprès de personnes qui étaient a priori réticentes à la mise en place d'aide ;
- **Maltraitance**, nécessité d'évaluer, de manière systémique, la problématique de maltraitance ; importance d'un suivi des situations et mise en place des soutiens nécessaires ;
- **Difficultés de suivi**, patients avec problèmes fonctionnels mais peu adhérents au suivi médical (problème d'alcool, trouble de la personnalité, etc.) ; maintien d'un lien de confiance, par exemple sous forme de téléphones réguliers.

Type d'activités réalisées par l'infirmier

L'activité de collaboration entre infirmier et médecin de premier recours peut être très variable en fonction des besoins du patient et du médecin traitant. Certaines situations ont nécessité un lourd investissement et d'autres se sont révélées plus légères.

L'activité réalisée dans le cadre de ce volet 3 a inclus :

- **20 consultations infirmières** (évaluation gériatrique globale, identification des problèmes gériatriques) ;
- **16 entretiens de réseaux** organisés avec les patients, leurs proches, les médecins traitants et le réseau de soins (notamment CMS), etc. ;
- **118 téléphones / un nombre important de courriels.**

A ce jour, l'activité de l'infirmier spécialisé en gériatrie n'est pas facturable. Il n'y a donc eu aucun revenu lié directement à cette activité.

4.5 Volet 4 : Collaboration avec les CMS pour l'interprétation des données issues du RAI

4.5.1 Introduction

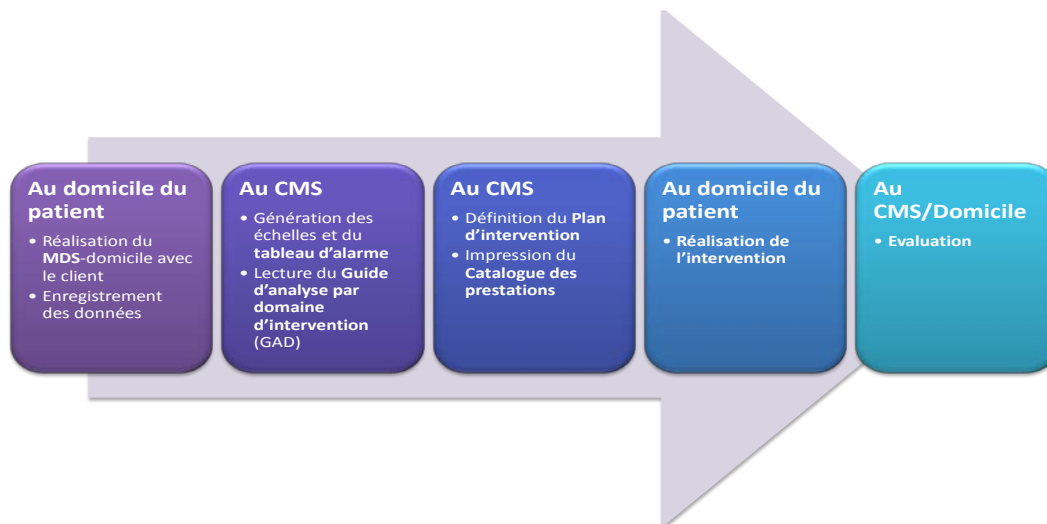
Sur l'initiative de Mme Clivaz Luchez, Directrice de l'APROMAD, le COPIL Géri-A-Com a décidé, le 9 septembre 2010, le développement d'un 4^{ème} volet concernant spécifiquement les CMS. L'objectif général de ce 4^{ème} volet était d'améliorer la prise en soins des personnes âgées à domicile en potentialisant les données issues de l'instrument **Resident Assessment Instrument (RAI)** utilisé dans les CMS.

Le RAI est un instrument d'évaluation globale de la personne âgée qui permet non seulement un recueil d'information fiable (Minimum Data Set - MDS) sur l'état de santé et fonctionnel de la personne, mais également d'établir un plan de prise en charge individualisé. Suite à la décision de l'Association Suisse des Services d'Aide et de Soins à Domicile d'adopter le RAI, le RAI-Domicile est progressivement implémenté dans tous les services de soins à domicile de Suisse. Dans le canton de Vaud, quelques CMS pilotent l'introduction de l'instrument mais leurs professionnels ont été confrontés à des difficultés d'interprétation et d'utilisation des données pour la prise en charge de problèmes gériatriques.

4.5.2 Brève présentation du RAI (Resident Assessment Instrument)

Le RAI-Domicile-Suisse est un processus qui se déroule en cinq étapes :

Figure 4 : Processus du RAI-Domicile



1. Une évaluation globale et multidimensionnelle de la personne et le recueil de données sur le formulaire Minimum Data Set (MDS)

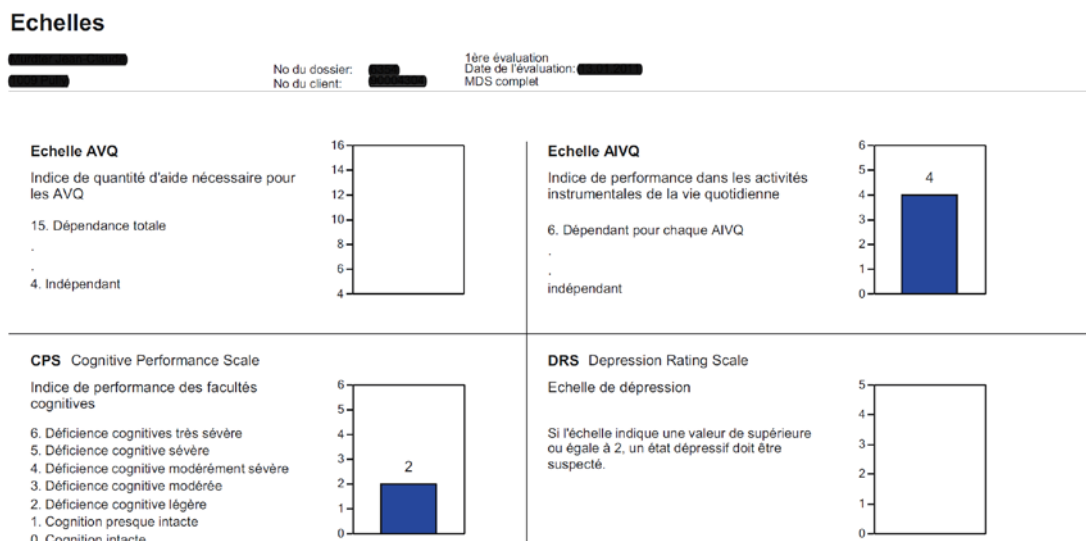
Cette évaluation se fait, sauf exception, au domicile du patient, en présence si possible d'un proche. L'évaluation peut être conduite sur une ou plusieurs visites chez le patient dans un délai de 7 jours ouvrables. Le MDS permet de recueillir de manière fiable des données concernant l'état de santé et fonctionnel de la personne au cours des 3 derniers jours. Il recueille également des informations sur les aidants formels et informels.

2. L'analyse des échelles de performance et du tableau d'alarme et la lecture des guides d'intervention par domaine

A partir des données entrées dans le MDS, le logiciel RAI calcule des échelles de performance et émet des signaux d'alarme selon des algorithmes préétablis.

Quatre échelles de performance sont systématiquement calculées sur la base des données du MDS (voir ci-après figure 5). Il s'agit de scores d'activités de la vie quotidienne de base et instrumentales, d'un score de performance cognitive et d'un score de dépression.

Figure 5 : Echelles de performance



Le logiciel RAI identifie également des problèmes qui nécessiteraient une intervention spécifique (domaine d'intervention) et émet un tableau d'alarme. Ce tableau d'alarme met en évidence des problèmes de santé et/ou fonctionnels, tels que « chutes », « santé buccale » ou « douleurs ». Il mentionne également des problèmes en lien avec la prise en charge (« fragilité du système d'aide informel », « gestion des médicaments ») ou des besoins de prestations (« potentiel de réadaptation dans les AVQ », « risque d'institutionnalisation »).

A chacune des rubriques du tableau d'alarme correspond un guide d'analyse par domaine d'intervention (GAD) dans le manuel RAI-Domicile-Suisse. Il s'agit de brefs chapitres dans lesquels chaque problème est décrit et des stratégies d'intervention sont proposées. Trente guides d'analyse sont à disposition dans le RAI-Domicile-Suisse.

3. La définition du plan d'intervention

Sur la base des données du MDS traitées par le logiciel RAI et des guides d'analyse par domaine d'intervention, le professionnel peut définir des objectifs de prise en charge et construire un plan d'intervention spécifique pour le patient. Le professionnel détermine ainsi les prestations concrètes qui seront réalisées afin de répondre aux objectifs fixés.

4. La réalisation des prestations au domicile du patient

5. L'évaluation des résultats

L'évaluation de la prestation peut se faire de deux manières. Soit très ciblée, par exemple lorsque le professionnel souhaite évaluer si un protocole visant à aider le patient à se souvenir qu'il doit boire aura permis de réduire le risque de déshydratation, soit plus globalement lors de la réalisation d'un nouveau MDS 3 ou 6 mois plus tard (selon les règles OPAS¹⁹).

4.5.3 Objectifs

Les **objectifs spécifiques** du développement de ce volet RAI-CMS étaient de :

- Aider les référents des CMS à interpréter les données fournies par les MDS ;
- Aider les référents des CMS à structurer un plan d'intervention global et détaillé par domaine (cognitif, fonctionnel, médication, etc.) ;
- Permettre un appui / soutien à la communication avec les médecins traitants ;
- Contribuer à la formation des équipes des CMS en améliorant la connaissance des syndromes gériatriques (dépistage et prise en charge) ;

¹⁹ Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins

- Favoriser l'appropriation du nouvel outil RAI par les CMS et par les médecins traitants en mettant en évidence les apports du recueil de données systématisé.

Les **ressources humaines** attribuées à l'activité du volet 4 ont été les suivantes :

- Chef de clinique, Service de Gériatrie, CHUV ;
- Médecin cadre, Service de Gériatrie, CHUV ;
- Ergothérapeute et infirmier, CMS Pully Nord ;
- Infirmières, CMS Epalinges.

4.5.4 Processus mis en place

Deux CMS ont été identifiés par l'APROMAD pour participer à ce projet pilote (Pully Nord et Epalinges). Un référent a été identifié dans chacun des CMS pour piloter cette expérience.

Le processus de soutien aux équipes des CMS comprend huit étapes :

1. Identification d'un client par l'équipe du CMS. En général, les situations choisies sont identifiées comme « complexes » par les équipes.
2. Communication du CMS au médecin traitant l'informant que son patient va bénéficier d'une évaluation RAI et que les résultats de cette évaluation seront discutés ultérieurement avec un médecin gériatre du Service de Gériatrie du CHUV.
3. Réalisation du MDS au domicile du client par le référent de la situation s'il est formé au RAI, sinon, passation du RAI par l'évaluateur RAI, en présence du référent du patient et des proches.
4. Analyse des échelles de performance et du tableau d'alarme issus du MDS et lecture des guides d'intervention par domaine par le référent du patient et le référent du projet.
5. Transmission du MDS, des échelles de performance et du tableau d'alarme au médecin gériatre qui analyse les données du RAI au CMS pendant environ 45-60 minutes (pour éviter l'envoi par la poste ou par e-mail de données sensibles).
6. Rencontre au CMS entre le médecin gériatre, le référent du patient et le référent du projet, cas échéant l'évaluateur RAI. Discussion sur la base des données du RAI interprétées par le médecin gériatre. Définition en commun d'une liste des problèmes, des objectifs de soins et des interventions à mettre en œuvre dans cette situation. Les recommandations en termes de prise en charge sont spécifiquement formulées à l'intention du CMS d'une part et du médecin traitant d'autre part.
7. Rédaction, par le médecin gériatre, d'un rapport écrit de l'analyse RAI qui est envoyé ensuite au référent du projet au CMS.
8. Envoi par le CMS du rapport au médecin traitant du patient.

4.5.5 Bilan

Au total, 25 situations RAI ont pu être discutées dans le cadre de ce projet.

Le processus s'est rapidement montré performant et l'accueil des référents de situation dans le cadre des CMS s'est révélé très positif. Les référents ont relevé que l'analyse des données du RAI et la discussion avec le médecin gériatre leur ont permis de mieux définir les enjeux de prise en charge de ces clients « complexes ». Le rapport du gériatre au CMS et au médecin traitant a été considéré comme très utile pour transmettre à tous les partenaires les mêmes enjeux de prise en charge. En outre, l'apport théorique discuté lors des colloques a également été considéré comme très utile.

5 Etats financiers

Le projet a dégagé un bénéfice de Fr 57'090.-, alors qu'un déficit de Fr 19'950.- avait initialement été prévu. En attente de la pérennisation du volet 1, ces Fr 57'090.- ont financé une partie de la consultation de gériatrie pour le 2^e semestre 2012.

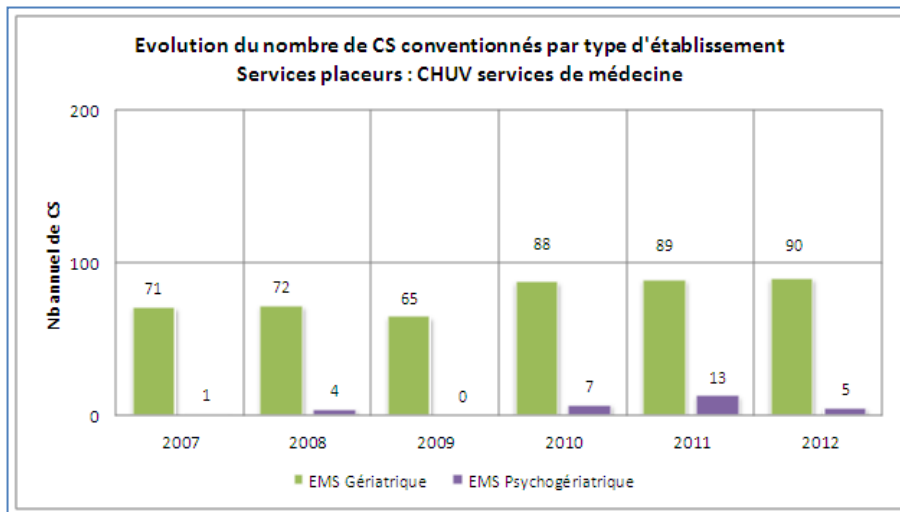
Tableau 15 : Comptes finaux globaux

Poste	2010		2011		1er semestre 2012		Moy/an	Total	Budget
	EPT moy.	Montant	EPT moy.	Montant	EPT moy.	Montant	2010-2012	2010-2012	2010-2012
Gestion de projet									
Charges salariales	0.40	72'600	0.80	157'400	0.80	79'600	123'840	309'600	175'500
Total	0.40	72'600	0.80	157'400	0.80	79'600	123'840	309'600	175'500
Intervenants									
Chef.fe.s de clinique	0.73	113'549	0.97	156'846	1.10	91'004	144'559	361'399	414'000
Médecin hospitalier	0.10	13'442	0.33	70'912	-	-	33'741	84'354	-
Médecins assistants	0.65	85'201	1.03	144'096	1.00	68'118	118'966	297'415	203'000
Infirmier.ères	0.49	63'457	1.02	125'033	0.23	17'501	82'396	205'991	363'000
Physiothérapeute	0.20	22'000	0.20	22'000	0.20	11'000	22'000	55'000	55'000
Ergothérapeutes	0.15	15'935	0.30	22'030	0.25	19'484	22'980	57'449	50'000
Secrétaire/assistante médicale	0.38	37'355	0.60	50'058	0.60	21'458	43'548	108'871	105'000
Total	2.70	350'939	4.45	590'975	3.38	228'565	468'192	1'170'479	1'190'000
Autres frais									
Divers postes		14'741		8'630		1'680	10'020	25'051	28'200
Total		14'741		8'630		1'680	10'020	25'051	28'200
Total des charges	3.10	438'280	5.25	757'005	4.18	309'845	602'052	1'505'130	1'393'700
Revenus de l'activité médicale (Tarmed)									
Consultations à la PMU	218	29'691	148	33'018	81	16'894	31'841	79'603	65'000
Consultations à domicile	263	53'631	301	75'317	157	39'229	67'271	168'177	231'000
Bilans en court séjour	47	13'995	10	5'234			7'692	19'229	44'000
Total		97'317		113'569		56'123	106'804	267'009	340'000
Financement du projet									
CHUV		64'400		149'200		74'600	115'280	288'200	157'000
PMU		100'000		100'000		50'000	100'000	250'000	250'000
ARCOS		130'200		113'200		82'670	130'428	326'070	323'500
SSP		121'288		191'287		95'644	163'287	408'219	303'250
AVASAD						11'361	4'544	11'361	
APROMAD						11'361	4'544	11'361	
Total		415'888		553'687		325'636	518'084	1'295'211	1'033'750
Total des revenus		513'205		667'256		381'759	624'888	1'562'220	1'373'750
Résultat annuel		74'925		-89'749		71'914	22'836	57'090	
Résultats cumulés				-14'824		57'090	22'836	57'090	-19'950

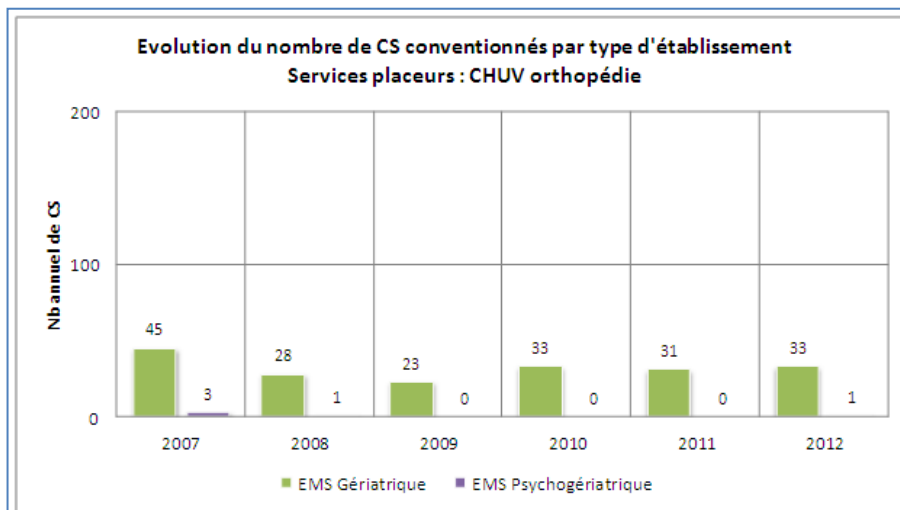
6 Annexes

6.1 Evolution des courts séjours dédiés du BRIO d'ARCOS entre 2007 et 2012

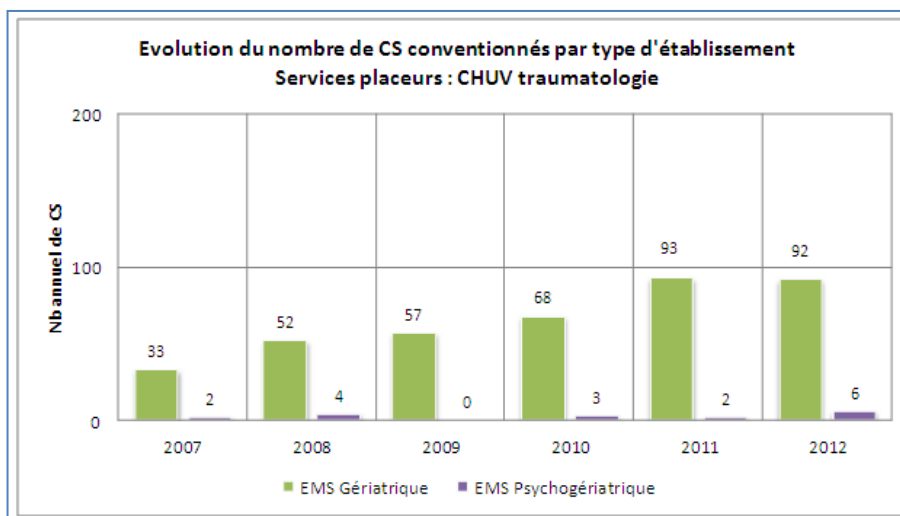
Graphique 32 :
Evolution du nombre de courts séjours conventionnés en provenance du CHUV médecine



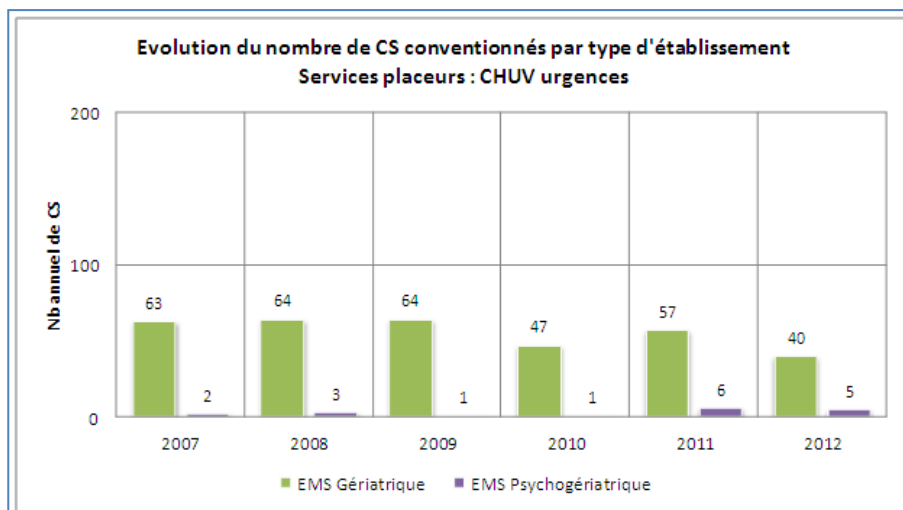
Graphique 33 :
Evolution du nombre de courts séjours conventionnés en provenance du CHUV orthopédie



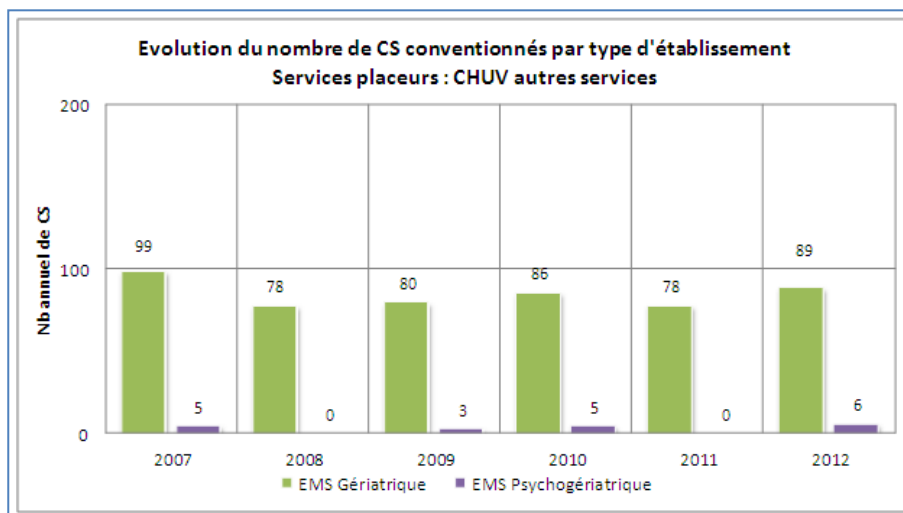
Graphique 34 :
Evolution du nombre de courts séjours conventionnés en provenance du CHUV traumatologie



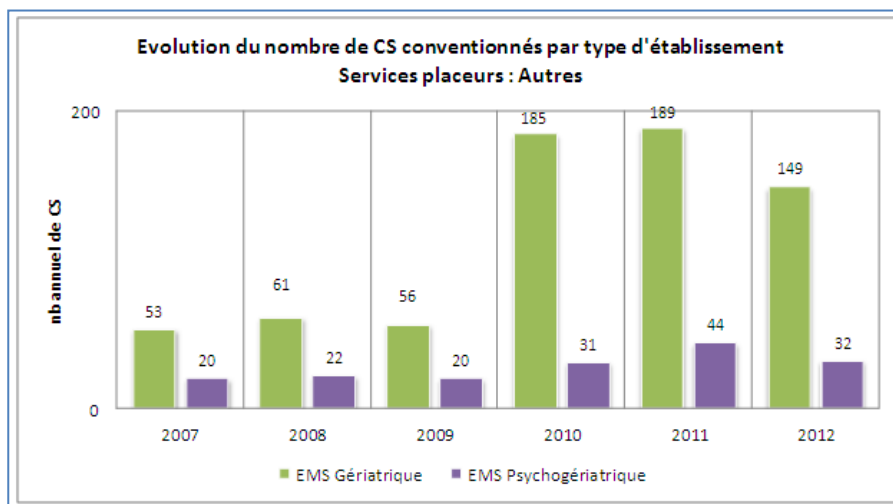
Graphique 35 :
Evolution du nombre de courts séjours conventionnés en provenance du CHUV urgences




Graphique 36 :
Evolution du nombre de courts séjours conventionnés en provenance du CHUV autres services



Graphique 37 :
Evolution du nombre de courts séjours conventionnés en provenance d'un autre service placeur



6.2 Volet 2, document de recueil de données

EvaSys	Geri-A-Com - Court-séjour	Electric Paper
Evaluation gériatrique des patients en court-séjour Projet pilote 2010		MERCI DE NE PAS PHOTOCOPIER ! 

Instructions : Veuillez utiliser un stylo ou un marqueur fin. Ce questionnaire sera traité automatiquement.
Correction : Veuillez suivre les exemples affichés pour optimiser la lecture des résultats.

Partie 1 : A remplir par IDL BRIO au moment de la demande de court-séjour

Identité du patient (collez une étiquette ou donnez son nom, son sexe et son âge)

Date de l'évaluation

Infirmière de liaison :

 IDL 1 IDL 2

Médecin pendant le court-séjour :

 MD responsable court-séjour MD traitant

Provenance :

 Domicile urgent CHUV CTR

 Clinique Autre
Si domicile urgent, origine de la demande : Médecin traitant CMS

Précisez si nécessaire (service du CHUV, quel CTR, etc...) :

Diagnostic principal :

Destination initiale souhaitée par IDL *envoyeuse*
 CTR Domicile Court-séjour

 Hôpital aigu Autre (précisez ci-dessous)

Si autre, précisez :

Motif de l'impossibilité du transfert en CTR

 Pas de place en CTR Refus du CTR Refus du patient

 Refus du médecin envoyeur Autre (précisez ci-dessous)

Si autre, précisez :



EvaSys	Geri-A-Com - Court-séjour	Electric Paper
Partie 1 : A remplir par IDL BRIO au moment de la demande de court-séjour [suite]		

Motif du court-séjour

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Décharge complète membre inf. | <input type="checkbox"/> Suite de traitement (appr. sonde, glycémies, gestion des médicaments, ...) | <input type="checkbox"/> Immobilisation membre sup. |
| <input type="checkbox"/> RAD impossible (travaux, vacances entourage, raison sociale, ...) | <input type="checkbox"/> Epuisement proche | <input type="checkbox"/> Dépendance fonctionnelle |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez ci-dessous) | | |
- Si autre, précisez :

Durée prévue pour le court-séjour (en jours)

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-7 | <input type="checkbox"/> 8-14 | <input type="checkbox"/> 15-21 |
| <input type="checkbox"/> >21 | | |

Projet après le court-séjour

- | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RAD avec CMS | <input type="checkbox"/> RAD sans CMS | <input type="checkbox"/> CTR |
| <input type="checkbox"/> Hôpital aigu | <input type="checkbox"/> Autre (précisez ci-dessous) | |
- Si autre, précisez :

Etat fonctionnel actuel (AVQ) (cochez les items pour lesquels le patient a besoin d'aide)

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Toilette | <input type="checkbox"/> Habillage | <input type="checkbox"/> Se transférer |
| <input type="checkbox"/> Aller aux WC | <input type="checkbox"/> Continence | <input type="checkbox"/> Se nourrir |
| <input type="checkbox"/> Bas de contention | | |

Divers (cochez si présence de diagnostic ou problème connu)

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs | <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur | <input type="checkbox"/> Vit seul |
| <input type="checkbox"/> Oxygène | <input type="checkbox"/> Sonde nasogastrique (PEG) | <input type="checkbox"/> Colostomie |
| <input type="checkbox"/> Pansement | | |

Nombre de sorties du domicile par semaine

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> >3 | |

Aide à domicile avant le court-séjour (plusieurs coches possibles)

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aide de la famille/proches | <input type="checkbox"/> Aide professionnelle privée | <input type="checkbox"/> Aide du CMS |
|---|--|--------------------------------------|

Si aide du CMS, nombre de passages par semaine:

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8-14 | <input type="checkbox"/> 15-21 |
| <input type="checkbox"/> >21 | | |



Partie 2: à remplir par le gériatre après sa visite**Syndromes gériatriques identifiés**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trouble cognitif | <input type="checkbox"/> Trouble du jugement | <input type="checkbox"/> Trouble du comportement |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur | <input type="checkbox"/> Trouble de la marche | <input type="checkbox"/> Antécédent de chute |
| <input type="checkbox"/> Etat confusionnel | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire | <input type="checkbox"/> Dénutrition |
| <input type="checkbox"/> Ostéoporose | <input type="checkbox"/> Trouble visuel | <input type="checkbox"/> Trouble auditif |
| <input type="checkbox"/> Dépendance fonctionnelle | <input type="checkbox"/> Autre (précisez ci-dessous) | |

Si autre, précisez :

Nombre de recommandations

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0-2 | <input type="checkbox"/> 3-5 | <input type="checkbox"/> 6-8 |
| <input type="checkbox"/> 9-11 | <input type="checkbox"/> >11 | |

Proposition de réorientation du patient

- | | | |
|------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CTR | <input type="checkbox"/> Hôpital aigu | <input type="checkbox"/> Autre (précisez ci-dessous) |
|------------------------------|---------------------------------------|--|

Si autre, précisez :

Utilité de la consultation gériatrique

- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Visite du gériatre : nombre de jours depuis l'admission

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> >10 | |



Partie 3: A remplir par IDL du court-séjour après sa 1ère visite

Identité du patient (collez une étiquette ou donnez son nom, son sexe et son âge)

Date de l'évaluation

Etat fonctionnel actuel (AVQ) (cochez les items pour lesquels le patient a besoin d'aide)

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Toilette | <input type="checkbox"/> Habillage | <input type="checkbox"/> Se transférer |
| <input type="checkbox"/> Aller aux WC | <input type="checkbox"/> Continence | <input type="checkbox"/> Se nourrir |
| <input type="checkbox"/> Douche | <input type="checkbox"/> Bas de contention | |

Nombre de médicaments différents

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> >10 | |

Antécédent de chute

-
- Oui
-
- Non
-
- Ne sait pas

Drapeaux rouges pour gériatre :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Epuisement du réseau | <input type="checkbox"/> Trouble dépressif | <input type="checkbox"/> Trouble cognitif |
| <input type="checkbox"/> Trouble du jugement | <input type="checkbox"/> Trouble du comportement | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire |
| <input type="checkbox"/> Incontinence fécale | <input type="checkbox"/> Ttt/prise en charge complexe | <input type="checkbox"/> Plus de 10 médicaments |
| <input type="checkbox"/> Antécédent de chute à domicile | <input type="checkbox"/> Dénutrition | <input type="checkbox"/> Instabilité médicale |
| <input type="checkbox"/> Non compliance/traitement | <input type="checkbox"/> Refus de soins | <input type="checkbox"/> Trouble anxieux |
| <input type="checkbox"/> Aucun entourage social | <input type="checkbox"/> Autre (précisez ci-dessous) | |

Si autre, précisez :

Nécessité d'une visite par le gériatre

-
- Oui
-
- Non
-
- Je ne sais pas

Degré d'urgence

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dans les 48h | <input type="checkbox"/> Dans la semaine | <input type="checkbox"/> N'importe quand pendant le séjour |
|---------------------------------------|--|--|

Refus :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> de la visite du gériatre | <input type="checkbox"/> pour causes financières |
|---|--|



6.3 Volet 2, extrait de la « check-list » concernant l'environnement immédiat

		Oui	Non
Lit et son environnement direct	• Les freins du lit fonctionnent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Le matelas est suffisamment ferme pour faciliter les déplacements dans le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• La hauteur du lit est adéquate : le patient doit pouvoir appuyer les pieds au sol lorsqu'il est assis au bord du lit sans glisser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Les aides techniques nécessaires au transfert (potence, demi barre de lit, autre) sont installées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• La table de nuit est à portée de main pour pouvoir atteindre des objets sans risque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• La sonnette est à portée de main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• La lumière est à portée de main et fonctionne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Les aides de marche sont à portée de main (au besoin installer un support pour cannes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• La chambre ne présente pas d'obstacle ou encombrement ; ex : absence de fil électrique ou autre objet sur le sol (tapis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Le sol ne glisse pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaises/fauteuils	• Les sièges sont suffisamment stables et solides afin de ne pas basculer avec le poids du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• La table de nuit et autre mobilier sont suffisamment stables pour permettre au patient de s'appuyer dessus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• La hauteur du siège permet au patient d'avoir les pieds au sol, de se lever et de s'asseoir facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Les accoudoirs sont longs (évite un déséquilibre arrière à l'arrivée debout)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• La hauteur est réglable pour répondre aux différentes tailles. Ex : chaise pour la toilette au lavabo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Les pieds de la chaise sont droits et non obliques (risques de s'encouler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Le patient parvient à tirer ou pousser le siège, à le déplacer vers le lit ou devant le lavabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Les chaises percées à roulettes sont munies de frein aux 4 roulettes, les accoudoirs sont amovibles ainsi que les cale-pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.4 Volet 2, extrait de la « check-list » architecturale de l'environnement général

		Oui	Non
Sol	• Non glissant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Mat (ne brille pas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Revêtement en bon état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Les changements de surface sont signalés clairement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Les tapis sont à poils courts, de couleur unie et bien collés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Les nettoyages sont organisés de façon à minimiser les risques pour les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Utilisation de panneaux signalant le sol mouillé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Utilisation de cire antidérapante pour les nettoyages des sols en bois ou vinyle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aires de déplacement	<ul style="list-style-type: none"> • Dégagées, absence d'obstacle sur le passage (matériel de nettoyage, chariots, etc.) • La largeur est suffisante pour permettre à deux fauteuils roulants ou deux rollators de se croiser • Les couloirs sont équipés de mains courantes le long des murs • Les rampes pour éviter les escaliers sont bien signalées 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ascenseur	<ul style="list-style-type: none"> • Le délai de fermeture des portes est suffisant • Les boutons et numéros des étages sont à hauteur des yeux, lisibles par tous • La cage d'ascenseur est équipée de barres d'appui 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Escaliers	<ul style="list-style-type: none"> • Ils sont équipés de mains courantes bilatérales, se prolongeant après la première et dernière marche • Les mains courantes sont visibles, de couleur contrastée avec les murs • Le bord des marches est signalé par une couleur différente en matériel antiglisse • Une chaise est placée à chaque palier pour permettre de faire une pause 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

7 Glossaire des abréviations

APROMAD	Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile dans la couronne lausannoise
ARCOS	Association Réseau de la Communauté sanitaire de la région lausannoise
AVASAD	Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile
AVQ	Activités de base de la vie quotidienne
BOUM	Bureau d'orientation des urgences médico-sociales
BRIO	Bureau régional d'information et d'orientation
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CMS	Centre médico-social
CS	Court séjour en établissement médico-social
CTR	Centre de Traitement et Réadaptation
CUTR	Centre Universitaire de Traitement et Réadaptation
DI	Dossier informatisé du patient
DSO	Direction des soins, CHUV
EMS	Etablissement médico-social
EPT	Equivalent plein-temps
GAD	Guide d'analyse par domaine d'intervention
GER	Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique, CHUV
Géri-A-Com	« Gériatrie ambulatoire et communautaire »
IDL	Infirmière de liaison, BRIO
MDS	Minimum Data Set
MPR	Médecin de premier recours
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
PMU	Policlinique Médicale Universitaire
RAI	Resident Assessment Instrument
SAS	Soins Aigus aux Seniors
SCRIS	Service cantonal vaudois de recherche et d'information statistique
SSP	Service de la Santé Publique
SUPAA	Service Universitaire de Psychiatrie de l'Age Avancé
UAT / CAT	Unité / Centre d'accueil temporaire