Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE

BIENVENUE !

1er Forum RSRL

EMS du réseau – EMS en réseau

AU PROGRAMME

En plénière: **Planification médico-sociale régionale aujourd'hui et demain : hébergement, SAMS et quoi d'autre ?**

De 15 h. à 16 h. - Atelier (à choix)

1. Quels sont les freins principaux à l'orientation en EMS et quels sont les moyens de les lever ?
2. Quel est le bon moment sur le parcours de soin de la personne âgée, pour aborder la question de l'hébergement en EMS ?
3. Gériatrie, psychogériatrie et psychogériatrie compatible, où en sommes-nous dans la définition de ces missions et quelles représentations y sont liées ?

En plénière: **retour des ateliers et message de clôture**

AUJOURD'HUI

- Savourer l'instant présent
  - Réflexion et travaux sur la situation actuelle
  - Programme riche, plénière et ateliers
  - Convivialité
- Préparer l'avenir
  - Résultats orientés vers les enjeux du futur
  - Save the date : 19 novembre 2019
    - 2e Forum RSRL :
      CMS du réseau – CMS en réseau

Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE

Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE

PLANIFICATION MÉDICO-SOCIALE RÉGIONALE

LE RSRL INSTANCE DE PRÉAVIS

- Loi sur les réseaux (LRS) de 2007, art. 5 chiffre 2 : « [Le réseau de soins] constitue une instance de préavis pour le département en matière de politique sanitaire ».
- Demandes des institutions membres du RSRL

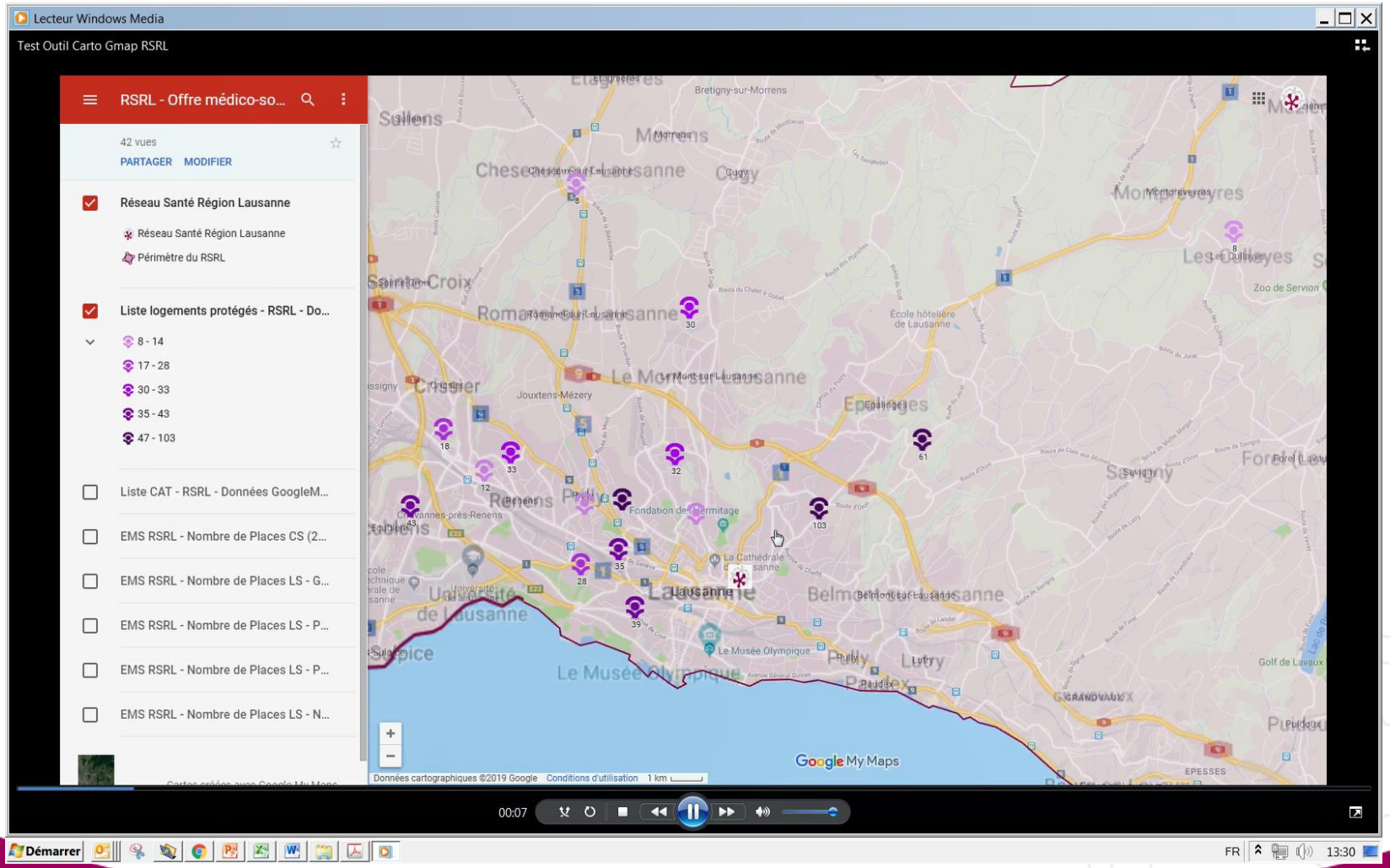
OBJECTIFS

- Créer une **plateforme de discussion** en matière de planification médico-sociale avec les membres du RSRL
- Disposer d'un **outil** permettant de préaviser de manière professionnelle, documentée et dans la durée, les projets de structures et prestations médico-sociales sur le territoire du RSRL.

PLATEFORME DE DISCUSSION

- EMS : Valérie Binamé
- CMS : Tiziana Brutto Koller
- SAR : Isabelle Lehn
- MED : Frédéric Fellrath
- COM : Dominique Tille

OUTIL


Lecteur Windows Media
Test Outil Carto Gmap RSRL
RSRL - Offre médico-so...
42 vues
PARTAGER
MODIFIER
Réseau Santé Région Lausanne
Réseau Santé Région Lausanne
Périmètre du RSRL
Liste logements protégés - RSRL - Do...
8 - 14
17 - 28
30 - 33
35 - 43
47 - 103
Liste CAT - RSRL - Données GoogleM...
EMS RSRL - Nombre de Places CS (2...
EMS RSRL - Nombre de Places LS - G...
EMS RSRL - Nombre de Places LS - P...
EMS RSRL - Nombre de Places LS - P...
EMS RSRL - Nombre de Places LS - N...
Données cartographiques ©2019 Google
Conditions d'utilisation
1 km
Google My Maps
00:07
Démarrer
FR
13:30

Ages et durées de séjour 1998-2017

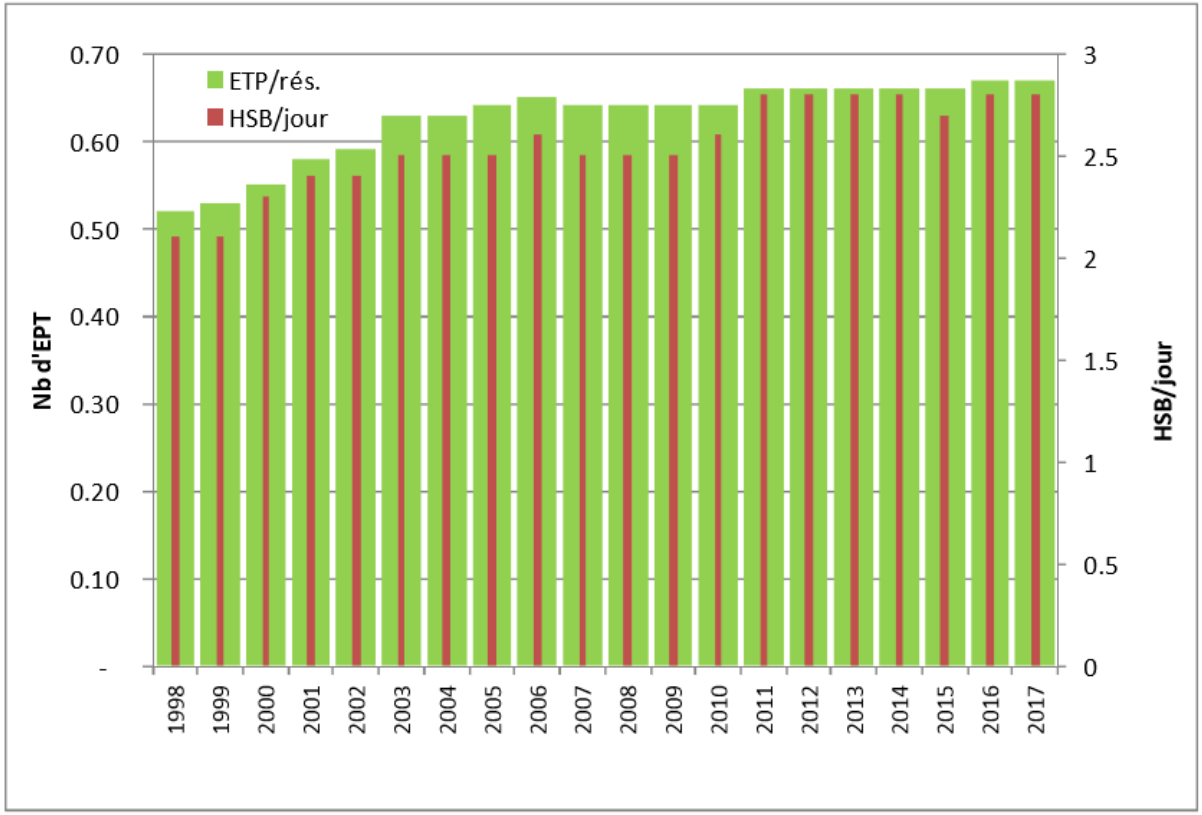
Source : Rapport annuel Commission technique intercantonale Plaisir

	Nb. résidents*	Age moyen**	Age moyen à l'adm.**	Durée séjour (ans)	% femmes
31.10.1998	12'016	83.5	79.5	3.85	75
31.10.1999	11'606	83	79	3.8	75
31.10.2000	11'655	83	79	3.8	75
31.10.2001	11'578	83	80	3.8	75
31.10.2002	11'330	83	80	3.8	75
31.10.2003	11'361	83	80	3.7	75
31.10.2004	11'409	83	80	3.7	75
31.10.2005	11'577	83	80	3.7	75
31.10.2006	11'626	83.5	79.8	3.7	75
31.10.2007	11'721	83.5	79.9	3.6	75.1
31.10.2008	11'927	83.5	79.9	3.6	75.1
31.10.2009	12'130	83.5	80.0	3.5	74.8
31.10.2010	12'335	83.6	80.1	3.5	74.3
31.10.2011	12'647	83.7	80.2	3.5	73.8
31.10.2012	12'710	83.7	80.2	3.5	73.0
31.10.2013	12'750	83.6	80.1	3.5	73.1
31.10.2014	12'960	83.6	80.1	3.5	73.1
31.10.2015	12'988	83.8	80.4	3.4	72.1
31.10.2016	13'072	84.0	81.0	3.5	72.0
31.10.2017	13'530	84.0	80.0	3.5	71.0

Heures de soins / Dotations

Source : Rapport annuel Commission technique intercantonale Plaisir

Figure 14 : Heures de soins et nombre quotidien moyen de poste de travail requis par résident



Légende : ETP : Equivalent plein temps

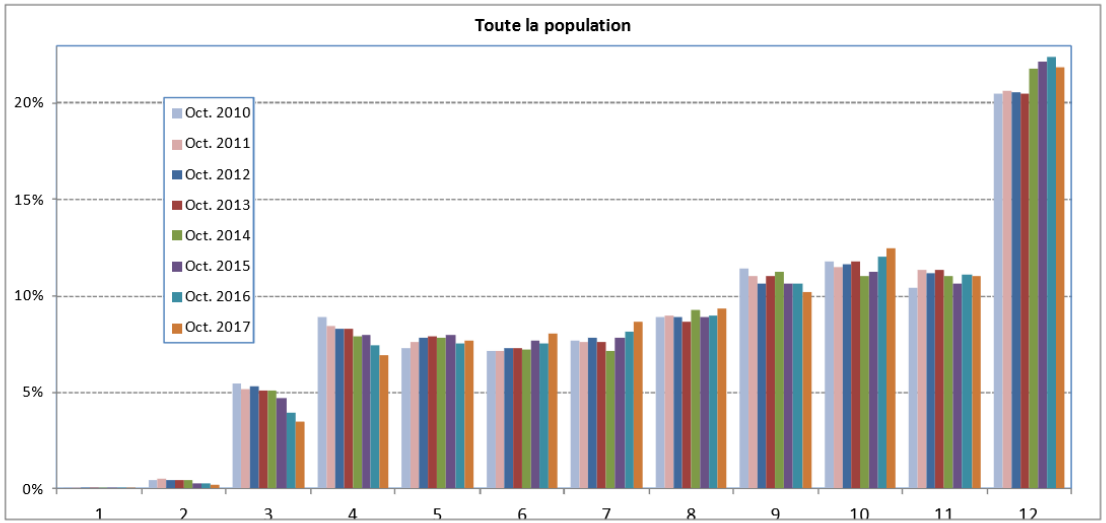
HSB : Heures-soins brutes

Répartition des résidents par classe 2010-2017

Source : Rapport annuel Commission technique intercantonale Plaisir

Rapport 2017

Figure 11 : Evolution de la proportion de résidents dans chaque classe OPAS de 2011 à 2017



Exemple d'interprétation : En octobre 2017, 22% des résidents étaient en classe 12, contre 20% en octobre 2010.

La proportion des niveaux OPAS 2, 3, 4 montrent une tendance à la baisse, les niveaux 5 à 9 semblent plutôt stables. Le niveau 12 augmente nettement entre 2013 et 2016.

https://www.bing.com/images/search?q=soins+infirmiers&FORM=HDRSC2

Tab. 4.9 Etablissements pour personnes âgées: Projections concernant le personnel soignant en 2030 selon le niveau de formation (nombre de personnes employées et d'EPT)

	2014		2030					
			Scénario bas		Scénario de référence		Scénario élevé	
	Personnes employées	EPT	Personnes employées	EPT	Personnes employées	EPT	Personnes employées	EPT
Tertiaire	19 476	14 544	27 264	20 360	28 036 (+8 560)	20 936 (+6 392)	28 745	21 466
Secondaire II	25 971	19 631	36 322	27 455	37 364 (+11 939)	28 243 (+8 612)	38 318	28 964
Autres/sans formation	18 700	12 752	26 151	17 833	26 870 (+8 170)	18 323 (+5 571)	27 532	18 775

Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales

© Obsan 2016

Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE

FONDATION Clémence

PROJET COURT SÉJOUR D'OBSERVATION

France Nicolas
Responsable BRIO
RSRL

Jean-Charles Foucart
Responsable court Séjour
Fondation Clémence

EN INTRODUCTION

Court Séjour

- Structures dédiées
- RAD Avec ou sans suivi 30 jours

Séjour d'observation

- Structure LS
- Confirmer LS Réseau à 1 mois

SPAH : Structure de Préparation à l'Hébergement

- 2 Institutions
- Projet d'hébergement

CSO : Court Séjour d'Observation

- Projet pilote
- 4 Institutions 4 services

ORIGINE DU PROJET

- Réflexions au sujet de l'évolution de la prestation de court séjour.
- Occupation non optimale des lits courts séjours.
- Absence d'adhésion au projet d'orientation en séjour d'observation LS dans la région de Lausanne.
- Augmentation des retours à domicile depuis les SPAHs (1 à 2 par année, 8 en 2017, 18 en 2018).
- Orientation depuis l'hôpital en soins aigus.

DOUBLE ENJEU

- Maintenir l’offre de court séjour et exploiter les compétences professionnelles développées dans ces structures au bénéficie du parcours de soin.

- Au sortir de la crise, avoir le temps pour une transition favorable à la prise de décision concernant l’orientation.

EQUIPE PROJET

- Représentation EMS
  - Mme Cuenod – Les Lys
  - M. Arnoux - Fondation Béthanie
  - M. Foucart – Fondation Clémence
- Représentation SUPAA
  - M. Ferreira
- Représentation SPAH
  - Mme Schneider
  - Mme Carvalho
- Représentation BRIO
  - Mme Chancerel
  - Mme Delamarre
  - Mme Speich

TRAVAUX DE L'ÉQUIPE PROJET

- Formaliser et organiser le dispositif d'orientation et de suivi en court séjour d'observation :
  - Objectif court séjour d'observation.
  - Profil des bénéficiaires.
  - Conditions de prise en charge.
  - Suivi des situations.
  - Financement.

OBJECTIF DU COURT SÉJOUR D’OBSERVATION

Permettre à la personne de se déterminer sur son orientation, en bénéficiant d’une prise en charge adaptée à un séjour d’observation, dans une structure spécialisée, en vue de confirmer ou non, son potentiel de retour à domicile et préparer la suite de son parcours de soins.

CRITÈRES

- La personne est inconnue du système de santé avant la crise.
- L’adhésion au projet de l’usager et/ou des proches est fluctuante.
- L’appréciation du projet est divergente entre les professionnels.
- Le contexte social est particulier (financier, architectural, entourage…).
- Un PLAFA provisoire a été posé.

PROCESSUS CSO

Repérer

- Identifier la personne nécessitant un CSO
- Profil de la personne
- Conditions réunies

Evaluer

- Implication IDL BRIO
- Recueil de données évaluation gériatrique
- Définition projet et objectifs

Accompagner

- Implication EMS et IDL
- Contrat tripartite
  Collaboration suivi hebdomadaire
- Atteinte des objectifs et confirmation ou non du projet

Suivre

- Mise en œuvre de l'orientation
- Décision de suivi
  Reference sociale
- Évaluation du CSO

UN EXEMPLE : MADAME .F.

Dame divorcée, âgée de 91ans, vit dans un 2 pièces au 1er avec 8 marches pour accéder à ascenseur. Logement bien entretenu et adapté.

- 1 fille (avec problème de santé contact régulier)
- Femme de ménage privée.
- Réseau d'amies pour les courses, transport et consultations.

Multiples hospitalisations depuis 1 année :

- CHUV en janvier 2019 (opération fracture trochantérienne gauche).
- CUTR en février 2019 (2 échecs RAD, passage au urgence ré-hospitalisation).

Remise en question du maintien à domicile par les professionnels, Madame souhaite retourner a domicile et refuse l'intervention du CMS.

UN EXEMPLE : MADAME .F.

Evaluation :

- Mini GDS 4/4.
- MMS 21/30, trouble léger de la mémoire.
- AVQ 6/6, mais pas les bandes de contention.
  AIVQ 6/8, difficultés à gérer son traitement .
  Tinetti à 20/28, peur de tomber, troubles de l'équilibre.
- Refuse le sécu tel et le CAT.
- Refuse le CMS.
  Pas de chaussure adaptée (porte des chaussettes antidérapantes 24h/24h/6 mois).
- Madame exprime un fort désir de rentrer dans son appartement, ni curatelle, ni que la fille l'aide à domicile.

UN EXEMPLE : MADAME .F.

Proposition d'un CSO avec objectif de vérifier potentiel de RAD :

- Adhésion de Madame au projet.
- Accord de l'institution pour l'accueil.
- Contrat tripartite.

Actions mises en place en vue du RAD :

- Retour à domicile (1/2 jour la 1ère semaine, 1 jour la 2ème).
- Evaluation IDL 1x/semaine.
- Evaluation ergo, remplacement rollator par 2 cannes anglaises pour escaliers (chaussure orthopédique sur mesure chez KERN).
- Physiothérapie 9 séances.
- En accord avec Madame, la fille est informée des dernières décisions et mesures mise en place (réseau avec IDL, OSAD, amies, RE CS, Madame F.).
- Proposition de consultation psycho-gériatrique avant RAD
- IDL contacte la CASAD pour transmission du DMST et prescription.

L'AVENIR DE MADAME F.

Et ensuite à domicile :

- Mandat OSAD pour pose bas de contentions + préparation repas (7/7) préparation semainier 1/7.
- Mise en place Sécutel.
- Intervention d'un physio pour poursuivre reconditionnement
- Intervention ergo
- Visite d'une AS pour aide administrative.
- Consultation gériatrique ambulatoire organisée à domicile
- Contact téléphonique bimensuel par IDL.
- Planification d'un court séjour dans les 6 prochains mois.

CALENDRIER

- Pratiques actuelles et besoins
- Modalités de collaboration et prise en charge

Convention collaboration

Juil 2018 – oct. 2018

Formalisation du dispositif

Nov 2018 – Fev.2019

- Pratiques
- Processus partagé
- Outils

- Mise en œuvre
- Ajustements
- Plus-values, évaluation
- Communication

Test

Avril 2019- Mars 2020

Implantation

A définir

- Stratégie d'implantation
- Mise en œuvre
- Suivi
- Communication

- Groupe de travail

Etape 1 : 4 mois

- Groupe de travail

Etape 2 : 4 mois

- Récoltes de données
- Groupe de travail

Etape 3 : 12 mois

- Validation DGCS

A définir

Questions

ATELIERS

Atelier N° 1 : Quels sont les freins principaux à l'orientation en EMS et quels sont les moyens de les lever ?

Salle 1D

Atelier N° 2 : Quel est le bon moment sur le parcours de soin de la personne âgée, pour aborder la question de l'hébergement en EMS ?

Salle 1B

Atelier N° 3 : Gériatrie, psychogériatrie et psychogériatrie compatible, où en sommes-nous dans la définition de ces missions et quelles représentations y sont liées ?

Auditoire

RETOUR DES ATELIERS

Atelier 1 : Quels sont les freins principaux à l'orientation en EMS et quels sont les moyens de les lever ?

Contexte

Majorité des cas : orientation ne pose pas de problèmes particuliers

Dans certaines situations : un *frein* est identifié

- Orientation en EMS ralentie, voire stoppée
- Situation de crise, urgence décisionnelle

Dans ces situations Identifier les freins

- anticiper les difficultés
- préparer le terrain au niveau du service, des partenaires, du patient

Freins = ce qui peut entraver la volonté, la décision ou la possibilité d'entrer en EMS
Exemples…

Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE

Atelier 1 : Quels sont les freins principaux à l'orientation en EMS et quels sont les moyens de les lever ?

Problématique

- 3 *freins à l'orientation discutés lors de cet atelier* :

  - Les problématiques d'addiction (consommation d'alcool)
  - Les usagers de moins de 65 ans atteints d'une pathologie sévère
  - Les personnes ayant un résultat de l'évaluation PLAISIR* = léger

    * PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis

Quels sont les moyens de les lever ?
Quelles innovations ?
Quelles alternatives à l'orientation ?

Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE

Retour de l'atelier 1 : Quels sont les freins principaux à l'orientation en EMS et quels sont les moyens de les lever ?

Les propositions du groupe pour les personnes en situation d'addiction :

Réflexions par rapport à deux problématiques identifiées:

1 / Disponibilité / accès à l'alcool

- Poser un cadre thérapeutique
- Surveillance
- Cadre hospitalier : CTA en soutien (équipe mobile)
- Concilium entre consommation et tolérance

2/ Troubles comportements liés OH

- Ressources externe (EMPAA, SA, CTA, FVA, etc)
- Hospitalisation à durée limitée pour soulager l'équipe

Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE

Retour de l'atelier 1 : Quels sont les freins principaux à l'orientation en EMS et quels sont les moyens de les lever ?

Les propositions du groupe pour les usagers de moins de 65 ans atteint d'une pathologie sévère

Alternatives identifiées par le groupe :

- SAMS
- Travailler en partenariat (compléter l'accompagnement avec éducateur)
- Politique de financement (se compléter sans faire exploser les coûts…)
- Formation du personnel en accompagnement
- Partenariat communes – MTT – EMS
- EPSM – psychiatrie vieillissante
- Ouverture de structures aux plus jeunes

Retour de l'atelier 1 : Quels sont les freins principaux à l'orientation en EMS et quels sont les moyens de les lever ?

Les propositions du groupe pour les personnes ayant un résultat de l'évaluation PLAISIR = léger

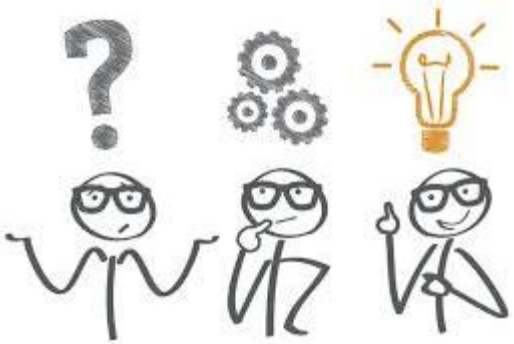
- Mode de financement EMS : différencier dotations / besoins en soins
- Améliorer outil PLAISIR
- Négociation BRIO-EMS

Autres cartes à jouer ?

- Appartements protégés
- CAT
- Courts séjour

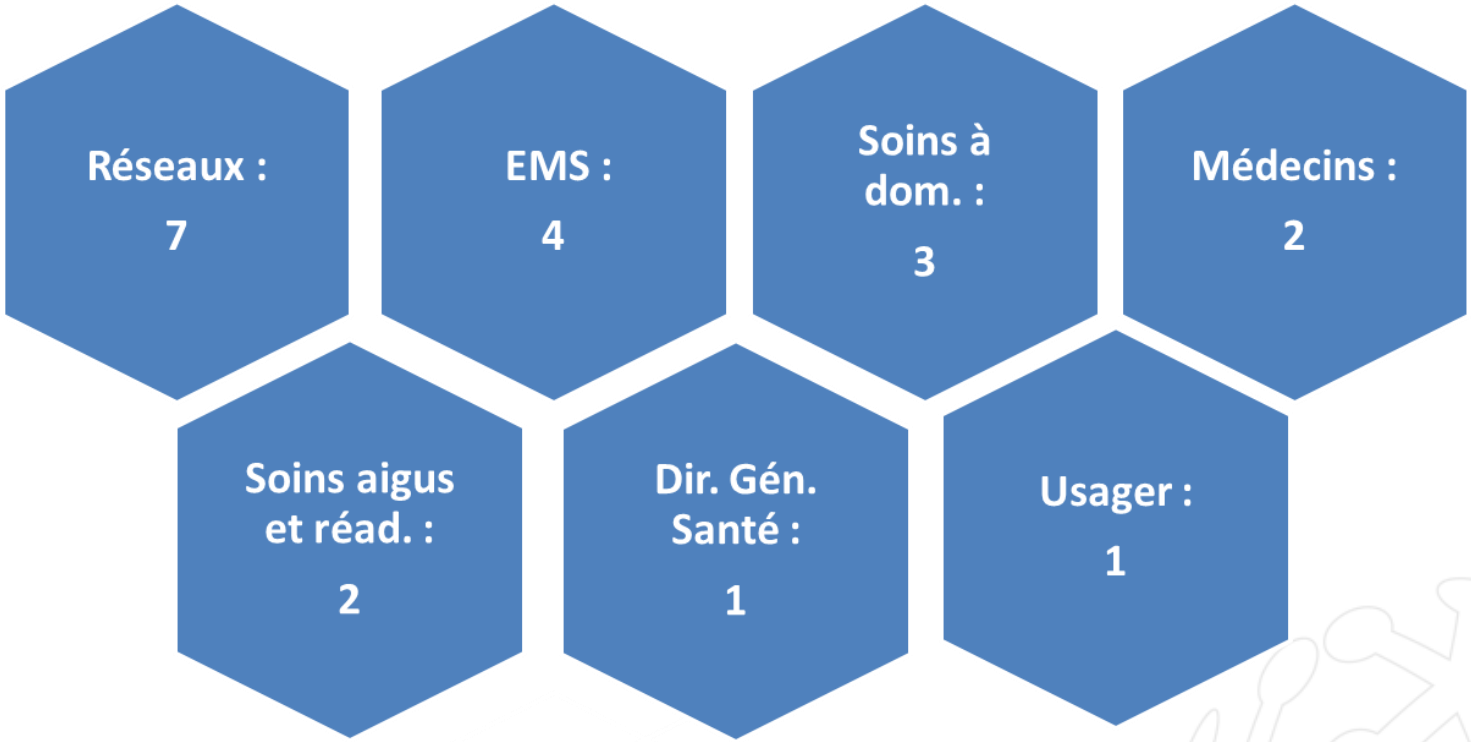
Atelier 2

Quel est le bon moment sur le parcours de soin de la personne âgée, pour aborder la question de l'hébergement en EMS ?



Retour de l'atelier 2 : Quel est le bon moment pour aborder la question de l'hébergement en EMS ?

- Notre groupe est composé de :

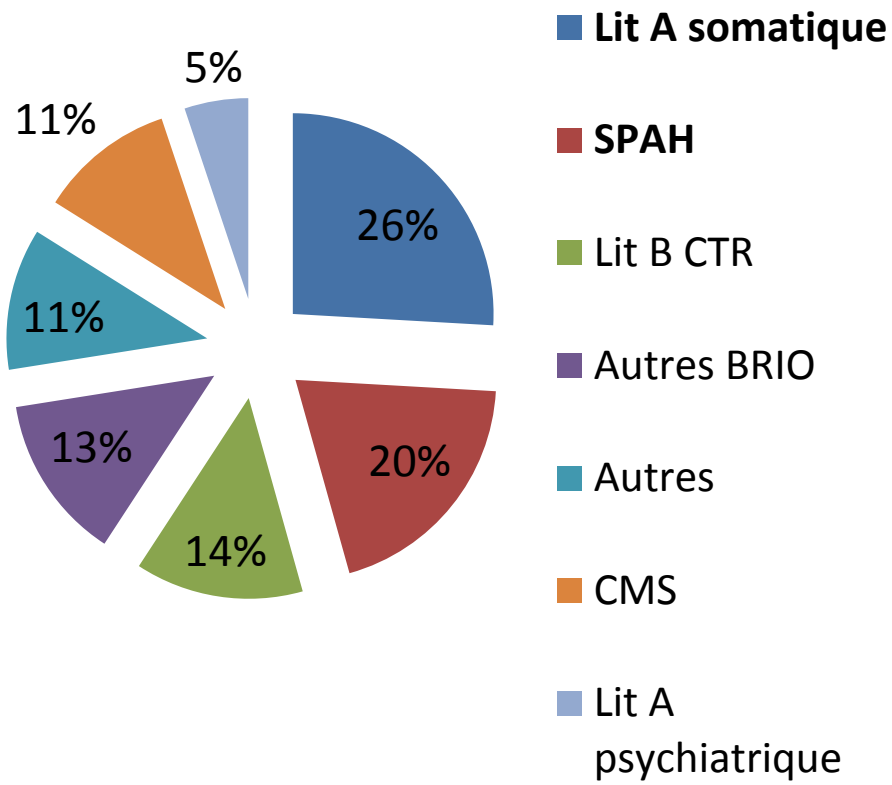


- Technique utilisée : le fishbowl permettant d'explorer et réfléchir collectivement sur une problématique

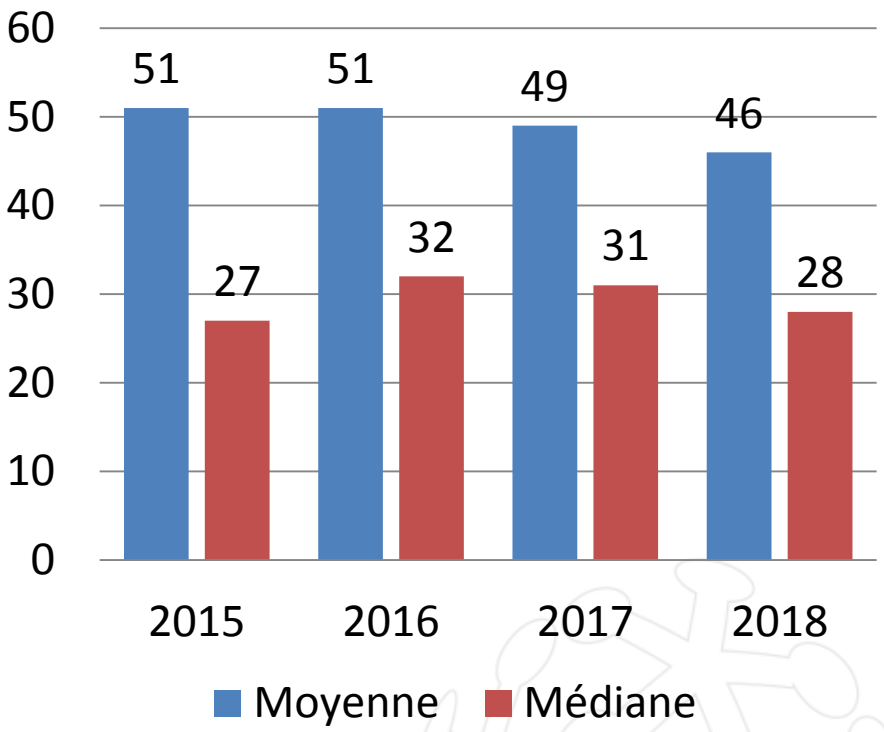
Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE

Retour de l'atelier 2 : Quel est le bon moment pour aborder la question de l'hébergement en EMS ?

Services placeurs en long séjour - 2018



Délais demande - entrée en long séjour



Existe-il un bon moment ?

Pour qui ? La personne, ses proches, les professionnels, le système ?

Quelles solutions pour que ce soit le moins mal vécu ?

Retour de l'atelier 2 : Quel est le bon moment pour aborder la question de l'hébergement en EMS ?

Faits et constats

- Cette question est souvent abordée en période de crise et de pré-crise et ce quel que soit le lieu de soin ou d'accompagnement de la personne (Ambulatoire, Hospitalisation, Domicile) L'urgence décisionnelle est donc là et les conditions nécessaires, favorables à la personne pour réfléchir à ce changement de vie ne sont pas réunies. Le temps manque
- Il y a également un manque de synchronisation entre l'ensemble des parties prenantes : la demande de la personne, celle des proches, celle des professionnels et les places disponibles en EMS
- Les représentations des personnes sur ce qu'est la vie en EMS est aussi un frein à la prise de décision. Elle est souvent peu flatteuse, personne n'a envie d'être confronté à des maladies impactant fortement l'autonomie. Il s'agit souvent du dernier changement de vie

Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE

Leviers et propositions

- L'un des premiers leviers d'action est la communication entre les professionnels, les personnes et les familles. Il faut en parler, démystifier l'entrée en EMS. Connaitre, discuter et prendre en compte les valeurs et projets de vie. Assurer le lien entre sa vie actuelle, son passé et ce dernier changement de vie. Il semble également important de connaitre à l'avance le coût de ce que cela engendre pour la personne et sa famille.
- L'accompagnement de la personne dans son processus de réflexion est primordial. C'est une réflexion au long court pour un changement de vie radical (intimité VS collectivité). La question ''qu'est-ce que je laisse derrière moi ?'' est une réelle interrogation à prendre en compte.

Leviers et propositions

- Il est important de repérer des espaces où nous pouvons en parler. Présenter également les alternatives à l'EMS, comme les CAT, les logements protégés, le SPAH. Ce sont des sasses de transition, des paliers, pour permettre à la personne de faire son processus de réflexion, d'imaginer un peu plus concrètement ce que peut être la vie en EMS. Il faut en parler à ce moment-là.
- Les médias sont un bon relais de communication. Ils peuvent intervenir pour permettre un changement de représentation des personnes sur les EMS (ex du reportage sur l'EMS utilisant la méthode Montessori) en valorisant l'image de ces structures. Ils peuvent également intervenir pour initier une réflexion plus globale auprès de la population sur les questions de la fin de vie. Mais attention, ils peuvent être à double tranchant.

Atelier 3 : Gériatrie, psychogériatrie et psychogériatrie compatible, quelles représentations y sont liées ?

- Selon de site du canton de Vaud (www.vd.ch), deux mission définies:
  - Gériatrique
  - Psychiatrie de l'Age Avancé

- Les missions connues dans notre région :
  - Gériatrique
  - Psychogériatrique
  - Psychogériatrique compatible
  - Psychiatrie de la population vieillissante
  - Psychiatrie de l'Age Avancé
  - Psychiatrie
  - Autres ?

Quelles sont vos définitions ?
Avons-nous le même langage ?
Comment s'y retrouver ?

Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE

Retour de l'atelier 3 : Gériatrie, psychogériatrie et psychogériatrie compatible, quelles représentations y sont liées ?

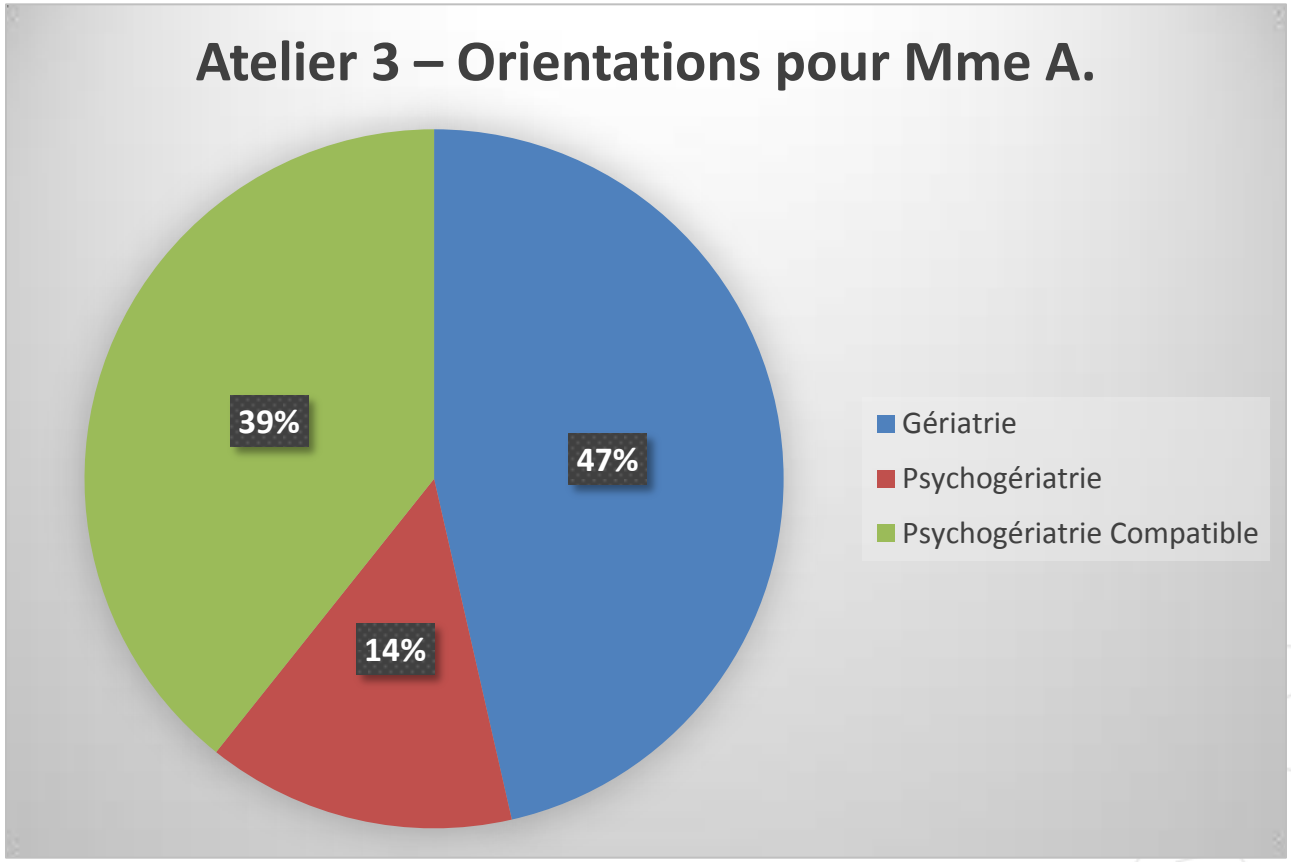
- **Vignette Clinique**

- **Mme A**., âgée de **73 ans**, veuve depuis 6 mois, **deux enfants** dans la région
- Elle est suivie à domicile par les infirmiers et les soignants du **CMS (7/7)** mais refuse fréquemment l'aide du CMS étant en **déni** par rapport à ses difficultés.
- **Insuffisance cardiaque**, un **diabète insulinodépendant**, des **troubles cognitifs** non-investigués, des **crises d'anxiété** (elle téléphone à sa fille plusieurs fois par jour, y compris durant les nuits), **troubles de la marche et de l'équilibre**.
- **Plusieurs hospitalisations** pour décompensation diabétique.
- Le **projet LS en EMS** a été refusé par Mme A.
- **Pas de capacité de discernement concernant le lieu de vie**, change d'avis tous les jours.
- L'équipe interdisciplinaire n'arrive pas à se mettre d'accord **sur l'orientation** de Mme A.

Comment orienterez vous Mme A et pourquoi ?

Réseau Santé RÉGION LAUSANNE

Retour de l'atelier 3 : Gériatrie, psychogériatrie et psychogériatrie compatible, quelles représentations y sont liées ?



Retour de l'atelier 3 : Gériatrie, psychogériatrie et psychogériatrie compatible, quelles représentations y sont liées ?

Orientation en gériatrie, les critères :

Choisie **13 fois**

- Patient conciliante, besoin de temps d'adaptation
- Situation pas évidente mais pas de justification de placement de psychogériatrie
- Pas de troubles de comportement
- Pas de risque de fugue
- Pas de violence envers autrui

- Besoin de poser un PLAFA
- Besoin d'évaluer le risque de suicide

Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE

Retour de l'atelier 3 : Gériatrie, psychogériatrie et psychogériatrie compatible, quelles représentations y sont liées ?

Orientation en psychogériatrie, les critères :

Choisie **4 fois**

Définition: «Structure qui accueillent des personnes présentant une situation clinique découlant de troubles cognitifs, humeur, psycho, autres»

- Troubles cognitifs
- Pas de capacité de discernement
- Troubles de l'humeur

- CAT avec Mission de PAA
- Souhait de maintient à domicile

Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE

Retour de l'atelier 3 : Gériatrie, psychogériatrie et psychogériatrie compatible, quelles représentations y sont liées ?

Orientation en psychogériatrie compatible, les critères

Choisie **11 fois**

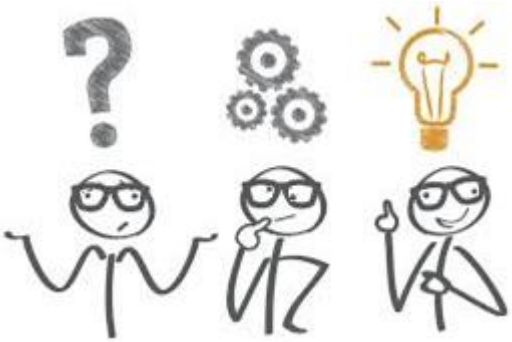
Définitions «Prise en charge des besoins cognitifs et dépendance physiques»

- Personne avec des troubles cognitifs que ne dérange pas ne fugue pas
- Capacités de créer un lien, d'échange avec les autres résidents
- Personne ni gér, ni psychogér.
- Meilleure prise en charge des troubles cognitifs

Retour de l'atelier 3 : Gériatrie, psychogériatrie et psychogériatrie compatible, quelles représentations y sont liées ?

Conclusions de l'atelier 3:

- Choix difficile, pas d'orientation «évidente» (PAA, Psygér, démentologie)
- Regards différents entre professionnels
- Choix d'orientation différents pour une même situation
- Proposition d'autres prises en charge (maintient à domicile, CAT, etc.)
- Pas de consensus sur les définitions
- Connaissance de l'offre du réseau, connaissance de la situation de l'usager



CONCLUSION

- Message de Mme Isabelle Brès-Bigey, directrice de l’APROMAD et présidente du comité du RSRL