



Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique
Unité des services de santé - USS

État de santé et prestations de la population vaudoise en long séjour médico-social au 31 octobre 2016

Lionel Meylan, Brigitte Santos-Eggimann

RAISONS DE SANTÉ 299 – LAUSANNE

Unil
UNIL | Université de Lausanne

unisanté
Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

Raisons de santé 299

Étude financée par : Mandat du Service de la santé publique (SSP) du canton de Vaud

Citation suggérée : Meylan L, Santos-Eggimann B. État de santé et prestations de la population vaudoise en long séjour médico-social au 31 octobre 2016. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2019 (Raisons de santé 299).
<http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/299>

Remerciements : Nous tenons à remercier Madame Laure Curt et Monsieur Thierry Wolfrath de la Commission intercantonale PLAISIR© pour la transmission des données et leurs réponses à nos questions.

Date d'édition : Mars 2019

Table des matières

1	Résumé.....	9
2	Introduction	15
2.1	Contexte.....	17
2.2	Objectif.....	17
2.3	La méthode d'évaluation PLAISIR©.....	18
2.4	Données et périmètre.....	19
3	Régions sanitaires du canton de Vaud.....	21
3.1	Répartition entre les régions sanitaires.....	23
3.2	Catégories d'âge et sexe.....	24
3.3	Taux de recours à l'hébergement.....	25
3.4	Activités de base de la vie quotidienne.....	27
3.5	Mobilité physique et risque de chute	28
3.6	Incontinence	29
3.7	Troubles cognitifs.....	29
3.8	Troubles du comportement.....	30
3.9	Troubles de l'humeur	31
3.10	Moyens de protection/contention.....	32
3.11	Conclusion	34
4	Missions de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé	35
4.1	Répartition entre les missions.....	37
4.2	Catégories d'âge et de sexe.....	38
4.3	Taux de recours par mission	39
4.4	Activités de base de la vie quotidienne.....	40
4.5	Mobilité physique, compensations mécaniques et risque de chute.....	41
4.6	Incontinence	42
4.7	Troubles cognitifs.....	43
4.8	Troubles du comportement.....	44
4.9	Troubles de l'humeur	45
4.10	Moyens de protection/contention.....	46
4.11	Conclusion	47
5	Prestations aux résident·e·s en EMS.....	49
5.1	Prestations requises.....	50
5.1.1	Composition du temps moyen de soins requis	50
5.1.2	Classification OPAS.....	52
5.2	Services reçus.....	54
5.2.1	Physiothérapie – Ergothérapie – Orthophonie	54
5.2.2	Thérapies de réadaptation par unité de soins.....	55

5.2.3 Soins infirmiers de réadaptation.....	56
5.2.4 Traitements particuliers	57
5.3 Conclusion	58
6 Comparaison entre quatre cantons romands	59
6.1 Répartition dans les différents cantons.....	61
6.2 Taux de recours par canton.....	62
6.3 Types de missions	63
6.4 Classification OPAS.....	64
6.5 Conclusion	65
7 Suivi avec la méthode PLAISIR©	67
8 Références	71
9 Annexes	75
9.1 Définitions	77
9.1.1 Missions.....	77
9.1.2 Prestations requises.....	78
9.1.3 Services reçus.....	78
9.1.4 Troubles cognitifs.....	79
9.1.5 Troubles du comportement.....	80
9.1.6 Troubles de l'humeur	81
9.1.7 Moyens de protection/contention.....	81
9.1.8 Activités de base de la vie quotidienne.....	82
9.1.9 Mobilité physique.....	86
9.1.10 Risque de chute	86
9.1.11 Compensations mécaniques	86
9.1.12 Incontinence	86

Liste des tableaux

Tableau 1	Données PLAISIR© du canton de Vaud au 31.10.2016	19
Tableau 2	Nombre de résident-e-s par district et par région sanitaire	24
Tableau 3	Reconstruction des variables pour les AVQ.....	82
Tableau 4	Reconstruction des variables pour l'incontinence	86

Liste des figures

Figure 1	Les quatre régions sanitaires du canton de Vaud.....	23
Figure 2	Nombre de résident-e-s et proportion de femmes par classe d'âge.....	25
Figure 3	Taux de recours à l'hébergement par classe d'âge et par sexe.....	26
Figure 4	Taux de recours à l'hébergement par classe d'âge et par région sanitaire.....	26
Figure 5	Dépendance pour les AVQ par région sanitaire	27
Figure 6	Mobilité physique et risque de chute par région sanitaire	28
Figure 7	Proportion de troubles cognitifs « Sévère/Nul » par région sanitaire	29
Figure 8	Troubles du comportement par région sanitaire	30
Figure 9	Troubles de l'humeur par région sanitaire	31
Figure 10	Psychotropes sur l'ensemble du canton.....	32
Figure 11	Barrières de lit sur l'ensemble du canton.....	32
Figure 12	Psychotropes par région sanitaire	33
Figure 13	Barrières de lit par région sanitaire	33
Figure 14	Répartition des résident-e-s par mission et par région sanitaire	37
Figure 15	Nombre de résident-e-s et proportion de femmes par mission.....	38
Figure 16	Taux de recours aux différentes missions par classe d'âge.....	39
Figure 17	Dépendance pour les AVQ par mission	40
Figure 18	Mobilité physique et risque de chute par mission	41
Figure 19	Première compensation par mission.....	42
Figure 20	Proportion de troubles cognitifs « Sévère/Nul » par mission	43
Figure 21	Troubles du comportement par mission	44
Figure 22	Troubles de l'humeur par mission.....	45
Figure 23	Psychotropes par mission.....	46
Figure 24	Barrières de lit par mission.....	46
Figure 25	Composition du temps moyen de soins requis sur l'ensemble du canton.....	50

Figure 26	Composition du temps moyen de soins requis par région sanitaire	51
Figure 27	Composition du temps moyen de soins requis par mission	51
Figure 28	Douze classes OPAS par région sanitaire.....	52
Figure 29	Douze classes OPAS par mission.....	53
Figure 30	Physio – Ergo - Ortho par région sanitaire.....	54
Figure 31	Physio – Ergo - Ortho par mission.....	55
Figure 32	Proportion de résident·e·s avec soins inf. de réadaptation par région sanitaire	56
Figure 33	Proportion de résident·e·s avec soins inf. de réadaptation par mission	57
Figure 34	Traitements particuliers sur l'ensemble du canton.....	57
Figure 35	Répartition des résident·e·s dans quatre cantons romands.....	61
Figure 36	Taux de recours à l'hébergement par canton et par classe d'âge.....	62
Figure 37	Répartition des résident·e·s par mission et par canton.....	63
Figure 38	Douze classes OPAS par canton.....	64

Liste des abréviations

AVQ	Activités de base de la vie quotidienne
CSB	Communications au sujet du bénéficiaire
CT PLAISIR©	Commission technique intercantonale PLAISIR©
EMS	Établissements médico-sociaux
FRAN	Formulaire de Relevé des Action de Nursing
GER	Gériatrie
H_GER	Unité hospitalière – lits C en hôpital de soins généraux
H_PAA	Unité hospitalière de psychogériatrie en hôpital psychiatrique
ISE	Institut de santé et d'économie
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
OPAS	Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie
PAA	Psychiatrie de l'âge avancé
PLAISIR©	PLAnification Informatisée des Soins Requis
SPAH	Structures de préparation et d'attente à l'hébergement en EMS
SSP	Service de la santé publique

1

Résumé

1 Résumé

Depuis une vingtaine d'années, les personnes qui résident en long séjour dans les EMS vaudois sont évaluées au moyen de l'outil PLAISIR© (PLAnification Informatisée des Soins Requis). Les informations collectées par cette méthode sont principalement utilisées à des fins de dotation en personnel et de financement des soins reconnus par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Leur utilisation pour la prise en charge clinique et le système d'information sanitaire est très limitée.

Ce rapport fournit un aperçu global de l'état de santé et de la prise en charge des personnes résidant en long séjour dans les EMS du canton de Vaud, au 31 octobre 2016, sur la base des données collectées par l'outil PLAISIR©.

Alors que les trois quarts des personnes hébergées en long séjour médico-social sont âgées de 80 ans et plus et que le taux de recours à l'hébergement augmente avec l'âge, il ne touche qu'un tiers des personnes âgées de 95 ans et plus. Les femmes sont, par contre, davantage concernées puisqu'elles sont majoritaires, quelle que soit la classe d'âge considérée. Si la quasi-totalité des résident·e·s requiert de l'aide pour le bain ou la douche et l'hygiène personnelle, ce n'est en revanche pas le cas pour la mobilité dans le lit et la capacité à manger et boire qui restent préservées chez la grande majorité. Les personnes hébergées présentent presque toutes des troubles cognitifs, des problèmes de mobilité physique et/ou un risque de chute. L'incontinence urinaire est également très présente. Finalement, si la présence de troubles de l'humeur et du comportement varie beaucoup selon le problème considéré, nous avons relevé la très forte proportion de résident·e·s qui reçoit des psychotropes.

1.1 Régions sanitaires du canton de Vaud

Entre les quatre régions sanitaires (NORD, OUEST, CENTRE, EST) du canton, les résultats sont très homogènes. Il est d'autant plus remarquable de constater que l'EST y apparaît comme présentant un profil de clientèle plus favorable sur différents aspects (troubles cognitifs, troubles du comportement, mobilité et risque de chute). Seuls les troubles de l'humeur y sont plus fréquents que dans le reste du canton. Les résultats particuliers de cette région peuvent être mis en lien avec un taux de recours à l'hébergement plus élevé et une proportion de résident·e·s âgé·e·s de moins de quatre-vingts ans supérieure à la moyenne. Une hypothèse pourrait être que ces différences s'expliquent par un moindre recours aux structures alternatives à l'institutionnalisation. D'autres sources de données devraient cependant être consultées pour le vérifier. À l'inverse, les résultats de la région NORD présentent une clientèle avec davantage de déficits et un taux de recours inférieur à celui des autres régions.

1.2 Missions de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé

Sur l'ensemble du canton, environ un quart des résident·e·s est hébergé en psychiatrie de l'âge avancé (PAA). C'est dans la région EST que cette proportion est la plus faible. Si les taux de recours à l'hébergement en gériatrie (GER) augmentent avec l'âge, ils restent faibles en PAA où la proportion d'hommes et de personnes de moins de 80 ans est plus importante en PAA qu'en GER.

Les résident·e·s en PAA se différencient par une meilleure mobilité, un moindre recours aux moyens auxiliaires et ont un risque de chute moins élevé. À l'inverse, les difficultés cognitives, les troubles du comportement et le recours aux psychotropes y sont plus présents qu'en GER. En revanche, il y a peu de différences quant aux troubles de l'humeur entre les deux missions. Cette meilleure mobilité physique des personnes hébergées en PAA se retrouve dans la dépendance pour les activités de base de la vie quotidienne (AVQ). Les résident·e·s en PAA sont moins dépendant·e·s pour les déplacements sur le même étage, la mobilité dans le lit et les transferts. Ils et elles sont, par contre, plus dépendant·e·s pour l'utilisation des toilettes et la capacité à manger et boire.

1.3 Prestations aux résident·e·s en EMS

Sur l'ensemble du canton, un quart de la population hébergée se trouve dans la classe plus élevée (classe 12) et requiert par conséquent plus de 220 minutes de soins par jour. La proportion de résident·e·s dans cette dernière catégorie est plus élevée dans les missions de PAA que dans celles de GER. En lien avec un profil de santé plus favorable, nous trouvons dans la région EST une plus forte proportion de résident·e·s avec des niveaux de soins requis correspondant aux classes OPAS 1 à 6.

En écho aux spécificités des différentes missions que nous avons relevées précédemment, nous trouvons une plus grande proportion de personnes avec de la physiothérapie et/ou de l'entraînement pour les déplacements ou la mobilisation au lit en GER qu'en PAA où les soins infirmiers de réadaptation sont plus fréquents pour les soins d'hygiène, l'habillement et l'élimination.

Selon les données, une unité de soins sur cinq fournit plus de 4 heures de physiothérapie par semaine à ses résident·e·s. Nous constatons que cette prestation est plus fréquente dans l'EST, à l'inverse des soins infirmiers de réadaptations qui y sont globalement moins fréquents que dans le reste du canton.

1.4 Comparaison entre quatre cantons romands

Le canton de Neuchâtel a des taux de recours supérieurs à ceux des autres cantons pour les catégories d'âge les plus élevées. Ce résultat peut être mis en relation avec la plus forte proportion de résident·e·s appartenant aux classes OPAS les moins élevées (classes 1 à 6) dans ce canton. Le canton de Vaud ne diffère que peu sur le plan du taux de recours par rapport au canton de Genève, mais il héberge en comparaison une plus forte proportion de résident·e·s des classes OPAS les plus élevées (classes 7 à 12).

Finalement, le résultat le plus marquant de cette comparaison concerne la plus forte proportion de résident·e·s en PAA dans le canton de Vaud. Les troubles de la cognition et du comportement associés à cette mission étant probablement tout aussi présents chez les personnes hébergées des autres cantons, la classification de leur établissement ne doit pas suivre le même découpage que celui du canton de Vaud.

1.5 Suivi avec la méthode PLAISIR©

Si les extractions semestrielles PLAISIR© permettent la comparaison d'une série de coupes transversales de l'état de santé des résident·e·s à un moment donné, leur utilisation pour le suivi de l'état de santé des individus est fortement limitée. Ce problème pourrait être résolu en ayant recours à la base de données complète de l'ensemble des évaluations réalisées. Toutefois, compte tenu du fait que plus de la moitié des résident·e·s ne sont évalué·e·s qu'une seule fois entre leur entrée en EMS et leur décès, cette éventualité nous paraît elle-même compromise. La durée médiane de séjour étant d'un peu moins de deux ans, le délai d'une évaluation tous les deux ans au minimum nous paraît trop long.

2

Introduction

2 Introduction

2.1 Contexte^a

Au début des années 1990, les cantons romands cherchaient à implanter une méthode de mesure de la charge en soins de la population hébergée en établissement médico-social (EMS) qui permette de produire des données comparables entre les établissements et entre les cantons pour l'allocation des ressources financières et en personnel. Un groupe de travail intercantonal, composé de membres représentant les cantons de Berne, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud, a recommandé, en 1995, le choix de la méthode PLAISIR© (PLAnification Informatisée des Soins Requis) développée sous la direction du Professeur Charles Tilquin, à Montréal (Québec) (2.3 La méthode d'évaluation PLAISIR©, p. 18). Depuis 1997, l'ensemble des EMS conventionnés du canton de Vaud utilisent cette méthode. De même, les cantons de Genève, du Jura et Neuchâtel sont également utilisateurs de la méthode pour l'évaluation des besoins de leurs résident·e·s en long séjour.

Les données collectées par cette méthode peuvent en principe servir à : la gestion des soins, la dotation en personnel, l'allocation de ressources, la démarche qualité, la facturation LAMal et la production de statistiques sanitaires. Dans les faits, elle est aujourd'hui surtout reconnue pour son rôle dans la dotation en personnel et le financement par la LAMal. Elle n'est pas du tout utilisée pour la prise en charge clinique et ne l'est que très peu pour le système d'information sanitaire. L'Institut de Santé et d'Economie (ISE) produit régulièrement, sur mandat de la Commission technique intercantonale (CT) PLAISIR©, des rapports et des analyses comparatives entre les résident·e·s des quatre cantons romands (Vaud, Neuchâtel, Jura et Genève). Ces travaux portent généralement sur la composition de la population hébergée et l'évolution de la prise en charge (en termes de lourdeur). Des sujets plus spécifiques, tels que les indicateurs de qualité et les problèmes psychologiques, font également l'objet d'analyses ponctuelles.

2.2 Objectif

Dans le cadre du « Programme d'étude en système de santé et vieillissement » confié par le Service de la santé publique (SSP) à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), l'objectif de ce rapport est de présenter, une description de l'état de santé et de la prise en charge des personnes résidant en long séjour dans les EMS du canton de Vaud sur la base des données collectées de routine par l'outil PLAISIR©.

^a Commission intercantonale PLAISIR© [En ligne]. Lausanne (CH). Méthode PLAISIR [cité le 15 mai 2017].
Disponible : <http://www.ctplaisir.ch/ct-methode.html>.

2.3 La méthode d'évaluation PLAISIR^{©b}

Les modalités d'application de la méthode PLAISIR[©] et de production de données comparables entre établissements et entre cantons sont définies par la CT PLAISIR[©]. Dans les quatre cantons romands, chaque personne hébergée en long séjour est évaluée une première fois entre le vingt-deuxième et le cinquante-sixième jour après son entrée dans l'établissement. Une réévaluation est effectuée de manière continue à chaque changement d'état (à la hausse ou à la baisse) et au minimum une fois tous les deux ans.

Les évaluations sont réalisées au moyen d'un questionnaire appelé Formulaire de Relevé des Actions de Nursing (FRAN). Ce formulaire existe sous forme papier et sous forme électronique (eFRAN) et se compose d'une grille d'évaluation organisée en deux parties. La première relève les informations se rapportant au profil bio-psycho-social (c.à.d. aux dimensions biologiques, psychologiques et sociales) de la personne hébergée. La seconde est une description des services requis en soins infirmiers et en assistance durant les sept derniers jours sous la forme d'un plan de soins individuel. De manière à permettre la comparaison entre les établissements et entre les cantons, les actions de soins requises sont établies sur la base d'une liste de standards indicatifs de fréquence, validés pour la Suisse romande lors de l'expérience C.A.R.E.M.S.^c (Conférence sur l'allocation de ressources aux EMS et divisions C des hôpitaux vaudois), qui a été réalisée dans le canton de Vaud. Par ailleurs, à chaque action de soins correspond un temps unitaire prédéterminé par l'Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS).

Les formulaires sont généralement complétés par des infirmières-évaluatrices ou des infirmiers-évaluateurs formés, qui travaillent dans l'établissement et occasionnellement par des évaluatrices ou des évaluateurs externes de l'ISE. Leur formation est assurée par EROS et s'organise en deux étapes. La première est une formation de groupe sur trois jours qui porte sur les aspects théoriques du manuel de référence. La seconde est une formation individuelle sur le terrain durant laquelle la future évaluatrice ou le futur évaluateur et la ou le responsable de sa formation confrontent leur jugement sur une série d'évaluations des mêmes résident·e·s.

Outre la personne hébergée elle-même, d'autres sources d'informations sont utilisées pour compléter le FRAN, telles que son dossier, son plan de soins (établi par l'équipe indépendamment de l'évaluation PLAISIR[©]) ou le personnel infirmier. Une fois saisies, les données du FRAN sont transmises à EROS au Canada pour y subir une relecture par une infirmière-relectrice ou un infirmier-relecteur. Ce travail de vérification par une instance neutre doit permettre de garantir la fiabilité des données résultant de l'évaluation. La cohérence entre le profil bio-psycho-social, les soins infirmiers et les prestations d'assistance requises y est notamment vérifiée. Avant d'être corrigés, les éventuels compléments, précisions et corrections font l'objet d'une conversation téléphonique avec l'infirmière-évaluatrice ou l'infirmier-évaluateur. Une fois validées, les informations du profil-bio-psychosocial du bénéficiaire et des actions de soins requises sont retransmis par EROS à l'établissement. Ce retour consiste essentiellement en une reproduction du

^b EROS. PLAISIR Manuel de référence – CH. [En ligne]. Montréal (CA) : c1993-2011 [cité le 15 mai 2017]. Disponible : http://www.erosinfo.com/Produits/PLAISIR/PLAISIRPRA/Guide_PLAISIR_CH.pdf.

^c Junger A. L'aide à la décision en matière de politique de santé : Un exemple de l'utilisation de données de nursing. Mémoire de diplôme d'études approfondies en management et analyse des politiques publiques. Genève (CH) : 2001.

contenu du FRAN^d et du calcul des différentes minutes de soins requises pour la dotation en personnel soignant. Ce processus de vérification des évaluations PLAISIR© implique un délai entre la soumission de l'évaluation à EROS et le renvoi du résultat. Ce retour après relecture intervient après trois à six semaines si tout va bien et peut prendre quelques fois à jusqu'à deux mois si EROS a du retard.

Enfin, l'ensemble de ces données est regroupé deux fois par année (au 31 mai et au 31 octobre) sous forme de résumés cantonaux de la dernière évaluation en date. Ces résumés sont l'occasion de disposer d'une information sur l'ensemble des personnes résidant en EMS dans les quatre cantons romands au même moment et s'apparentent ainsi à une forme de recensement. Ils permettent un monitoring de l'évolution de la population institutionnalisée mais limitent le suivi individuel puisqu'une partie des évaluations réalisées entre deux extractions n'est pas incluse. Entre la date d'extraction et la mise à disposition de ces données semestrielles, il faut compter un délai de quatre mois.

2.4 Données et périmètre

Les données analysées dans le cadre de ce rapport portent sur les personnes résidant en long séjour dans les EMS du canton de Vaud au 31 octobre 2016 et qui ont été évaluées par la méthode PLAISIR©. Les courts séjours, les structures de préparation et d'attente à l'hébergement en EMS (SPAH), les attentes d'évaluation et les personnes décédées ou ayant quitté l'institution avant l'évaluation, ne sont pas couvertes par les données^e. Par ailleurs, les institutions pour personnes handicapées et les établissements pour traitements psychosociaux ont été exclus (Tableau 1, p. 19).

Tableau 1 Données PLAISIR© du canton de Vaud au 31.10.2016

Données PLAISIR© du canton de Vaud au 31.10.2016	
Nombre d'évaluations	6'340
Évaluations à double	- 4
Institutions pour handicapés	- 64
Établissements pour traitements psychosociaux	- 489
Total	5'783

^d EROS. Guide pour l'interprétation du profil bio-psycho-social et du plan de soins requis du bénéficiaire. [En ligne]. Montréal (CA) : c2013 [cité le 15 mai 2017]. Disponible : http://www.erosinfo.com/Produits/Doc/Plaisir/Guide_Profil_bio-psycho-social-2013-SU-FR.pdf.

^e Depuis le 1^{er} janvier 2015, chaque résident-e est évalué-e à son entrée en EMS au moyen de l'outil PLEX. Cela permet de déterminer dans l'attente d'une évaluation complète son niveau de soins requis à des fins de financement. Les données collectées par cet outil plus succincts ne fournissent malheureusement pas les informations nécessaires pour nos comparaisons.

Parmi l'ensemble des informations collectées par l'outil d'évaluation PLAISIR©, une sélection a été opérée dans le cadre de ce rapport. Le choix s'est porté en premier lieu sur les données de la première partie du Formulaire de Relevé des Action de Nursing (FRAN) qui évalue le profil bio-psycho-social des résident-e-s. Nous y avons retenu les dimensions généralement relevées par les instruments d'évaluation gériatrique, telles que : les activités de base de la vie quotidienne, la mobilité physique, le risque de chute, l'incontinence, les troubles cognitifs, les troubles du comportement et les troubles de l'humeur. De manière à faciliter la lecture et à limiter la redondance, la définition des variables se trouve en annexe (voir 9.1 Définitions, p. 77).

La première partie du FRAN contient une échelle de l'indépendance pour les activités de base de la vie quotidienne (AVQ). Néanmoins, elle ne correspond pas aux échelles couramment utilisées pour l'évaluation de cette capacité fonctionnelle de Katz^f. Il est toutefois possible de reconstruire grossièrement et en partie ces indicateurs sur la base des données de la seconde partie de l'instrument qui porte sur les actions de soins requises. Finalement, la grille d'évaluation FRAN contient un relevé des diagnostics de la personne évaluée. Toutefois, ces informations qui appartiennent au patient et à son médecin ne sont généralement pas systématiquement partagées. Il est donc probable que ce relevé ne soit que partiel, raison pour laquelle il n'a pas été pris en compte.

^f Katz, S. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1983;31(12):721-726.

3

Régions sanitaires du canton de Vaud

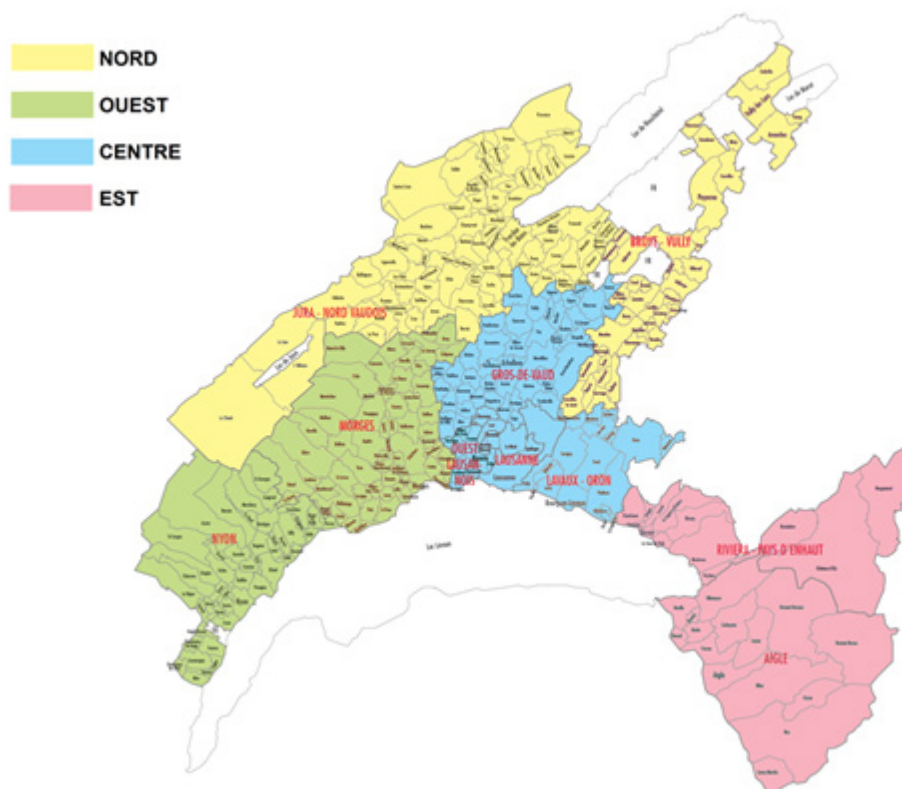
3 Régions sanitaires du canton de Vaud

3.1 Répartition entre les régions sanitaires

Les résident·e·s en long séjour EMS du canton peuvent être réparti·e·s en quatre régions sanitaires (Figure 1, p. 23)⁹ via l'appartenance de leur établissement à un district :

- **NORD** : Districts du Jura-Nord vaudois et de la Broye-Vully.
- **OUEST** : Districts de Nyon et de Morges.
- **CENTRE** : Districts de Lausanne, de l'Ouest lausannois, du Gros-de-Vaud et de Lavaux-Oron.
- **EST** : Districts de la Riviera-Pays-d'Enhaut et d'Aigle.

Figure 1 Les quatre régions sanitaires du canton de Vaud



⁹ Directive du 25 septembre 2012 concernant le découpage géographique des réseaux de soins. [En ligne] Lausanne (CH) : Département de la santé et de l'action sociale ; 2012 [cité le 15 mai 2017].

Disponible : http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers_pdf/Directive_25_septembre_2012.pdf.

Tableau 2 Nombre de résident-e-s par district et par région sanitaire

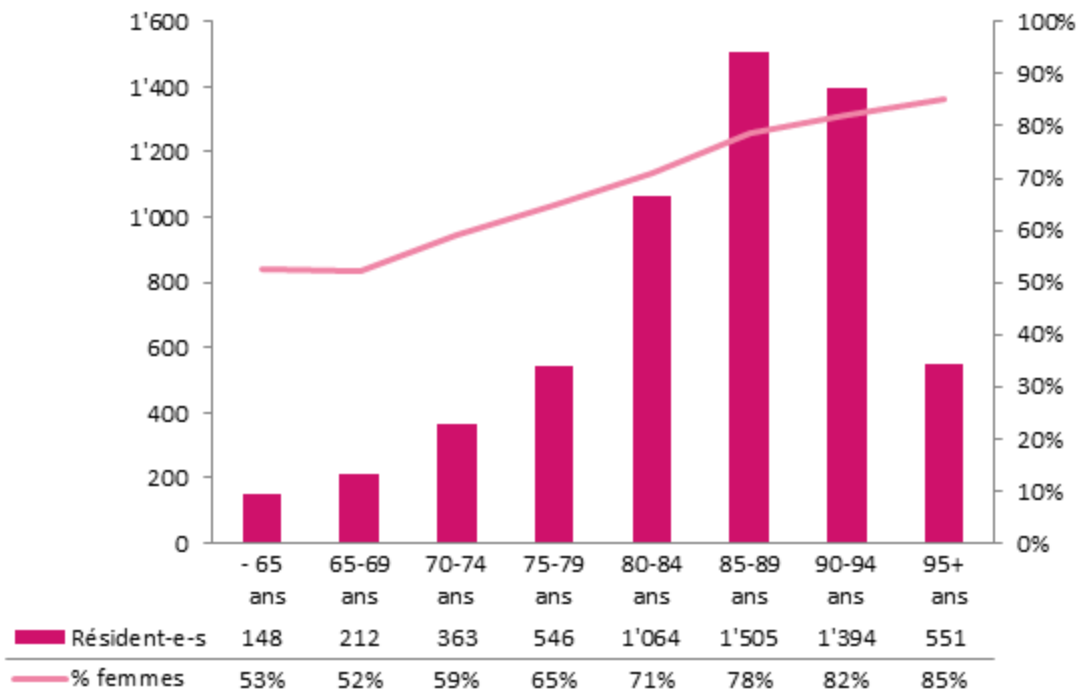
	NORD Fréq.	OUEST Fréq	CENTRE Fréq	EST Fréq	Canton Fréq
Districts					
Broye-Vully	234				234
Jura-Nord vaudois	564				564
Nyon		363			363
Morges		751			751
Lausanne			1'337		1'337
Gros-de-Vaud			138		138
Ouest lausannois			413		413
Lavaux-Oron			634		634
Riviera Pays-d'Enhaut				1'041	1'041
Aigle				308	308
Total	798	1'114	2'522	1'349	5'783
%	14%	19%	44%	23%	100%

Avec 44% des résident-e-s en long séjour médico-social du canton, la région du CENTRE (N = 2'522) est de loin celle qui héberge le plus de personnes (Tableau 2, p. 24).

3.2 Catégories d'âge et sexe

Sur le plan des caractéristiques démographiques, nous constatons que, sur l'ensemble du canton, les femmes représentent trois quarts (75%) des personnes hébergées en long séjour. Par rapport à leurs homologues masculins, elles sont majoritaires et ce quelle que soit la classe d'âge considérée (Figure 2, p. 25). Par ailleurs, la population hébergée est plutôt très âgée puisque les trois quarts (78%) ont quatre-vingts ans et plus. Cette proportion (des 80 ans et plus) est moins importante dans la région EST (72%) que dans le reste du canton (CENTRE 81%, OUEST 78%, NORD 81%).

Figure 2 Nombre de résident-e-s et proportion de femmes par classe d'âge



3.3 Taux de recours à l'hébergement

Lorsque ces effectifs sont ramenés à la population résidente permanente au 31.12.2016^h, nous constatons que le taux de recours à l'hébergement augmente avec l'âge et qu'il est systématiquement plus important chez les femmes (Figure 3, p. 26). Entre 85 et 89 ans, moins d'une personne sur sept (13%) est hébergée en long séjour. Entre 90 et 94 ans, c'est presque une sur quatre (24%). Enfin, à 95 ans et plus, c'est un peu plus d'une personne sur trois (35%) qui recourt à l'hébergement. La comparaison entre les différentes régions sanitaires montre que l'EST a, quasi systématiquement et quelle que soit la classe d'âge considérée, un taux de recours à l'hébergement supérieur à celui des autres régions (Figure 4, p. 26). À l'inverse, le taux de recours à l'hébergement dans la région NORD est presque toujours inférieur à celui des autres régions et cette particularité s'accroît avec les âges les plus avancés.

^h Population résidente permanente par classe d'âges quinquennale, sexe et district, Vaud, 1980-2016 © STATISTIQUE VAUD.

Figure 3 Taux de recours à l'hébergement par classe d'âge et par sexe

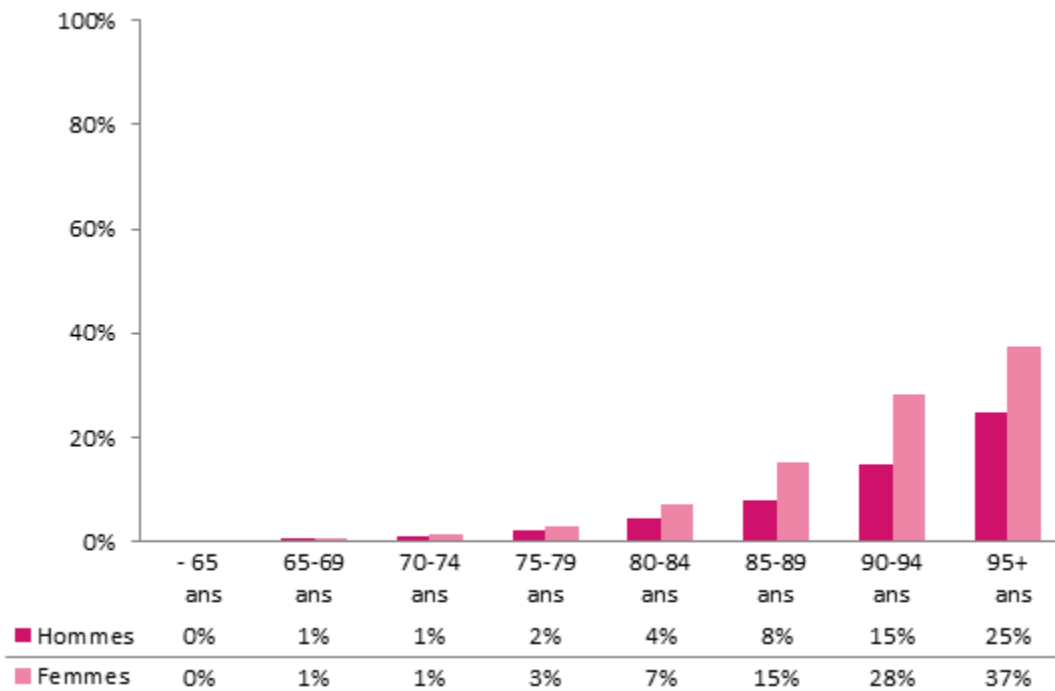
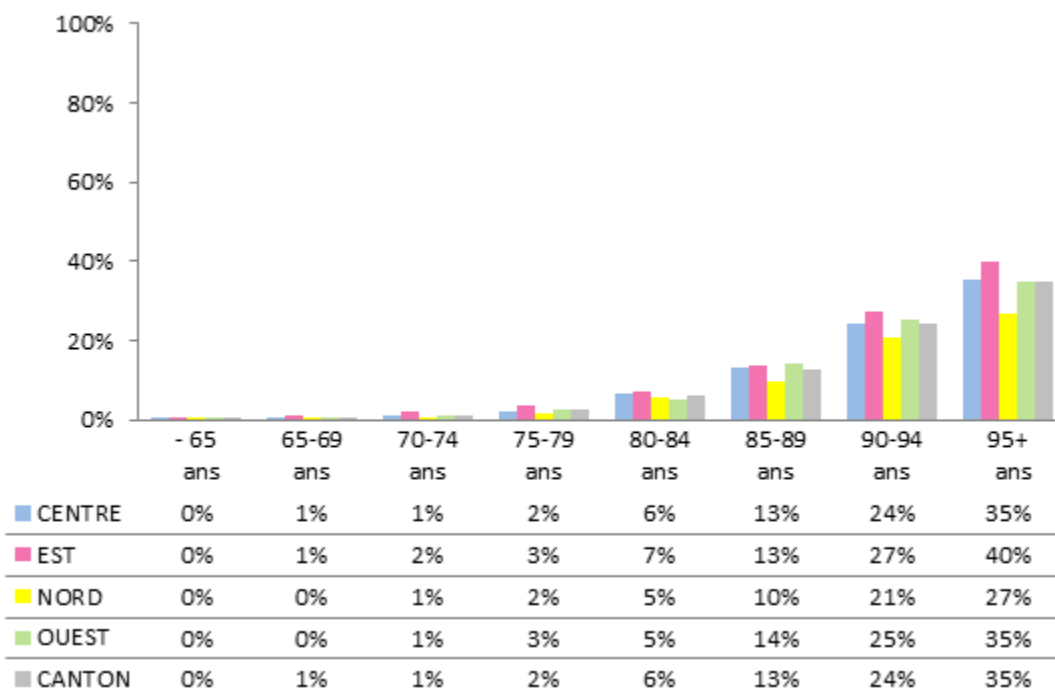


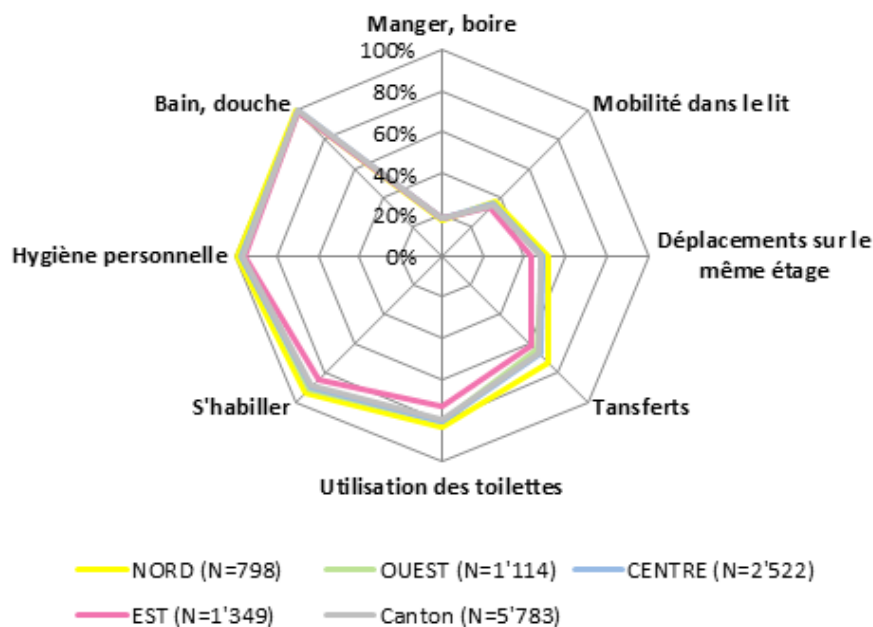
Figure 4 Taux de recours à l'hébergement par classe d'âge et par région sanitaire



3.4 Activités de base de la vie quotidienne

Du point de vue des activités de base de la vie quotidienne (AVQ), nous constatons que la proportion de résident-e-s dépendant-e-s ou nécessitant de la surveillance seulement varie en fonction de l'activité considérée (Figure 5, p. 27). Ainsi, s'alimenter (manger, boire) et la mobilité dans le lit sont les mieux préservées. Tandis que prendre un bain ou une douche et l'hygiène personnelle requiert quasi systématiquement de l'assistance. Entre les quatre régions sanitaires, le NORD se distingue par de plus fortes proportions de personnes dépendantes. À l'inverse, la région EST se caractérise par des proportions plus faibles de personnes dépendantes.

Figure 5 Dépendance pour les AVQ par région sanitaire

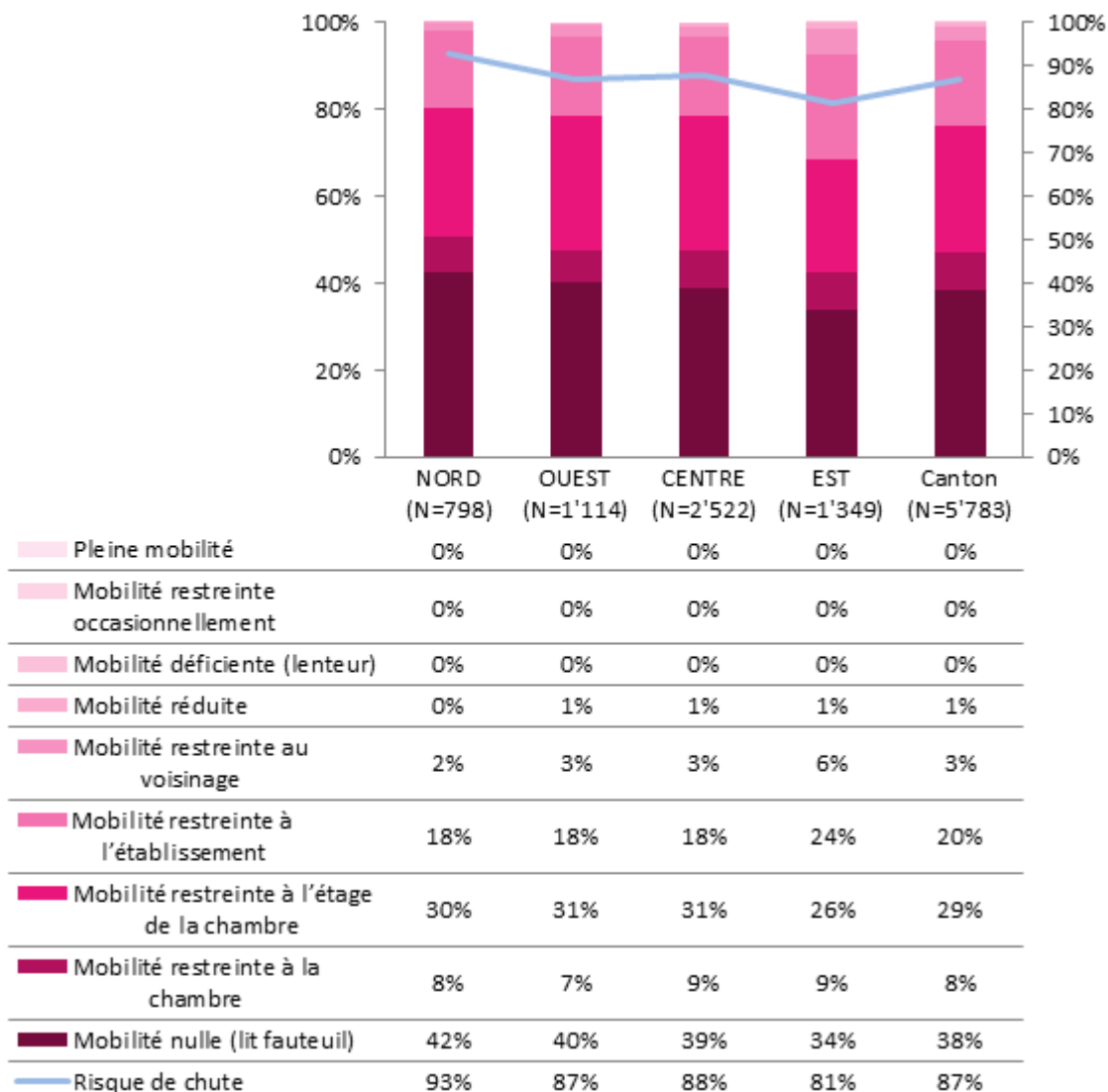


AVQ	NORD (N=798)	OUEST (N=1'114)	CENTRE (N=2'522)	EST (N=1'349)	Canton (N=5'783)
Manger, boire	17%	18%	19%	18%	18%
Mobilité dans le lit	37%	35%	36%	33%	35%
Déplacement sur le même étage	51%	49%	49%	43%	48%
Transferts	73%	65%	67%	62%	66%
Utilisation des toilettes	83%	81%	80%	73%	79%
S'habiller	94%	91%	90%	85%	89%
Hygiène personnelle	99%	97%	97%	95%	97%
Bain, douche	100%	99%	99%	99%	99%

3.5 Mobilité physique et risque de chute

Sur l'ensemble du canton (Figure 6, p. 28), nous constatons que la mobilité physique de trois quarts (75%) de la population hébergée est restreinte au mieux à l'étage de la chambre et que plus d'un tiers (38%) d'entre elle a une mobilité nulle, limitée au lit ou au fauteuil roulant. Entre les quatre régions sanitaires, les différences sont faibles. Néanmoins, nous observons moins de difficultés de mobilité dans la région EST et davantage dans la région NORD. Sur le plan des chutes, nous constatons tout d'abord que ce risque est très présent au sein de cette population puisqu'un peu moins de neuf personnes sur dix (87%) sont concernées. C'est dans la région EST que cette proportion est la plus faible (81%) et dans la région NORD que ce risque est le plus fréquemment relevé (93%).

Figure 6 Mobilité physique et risque de chute par région sanitaire



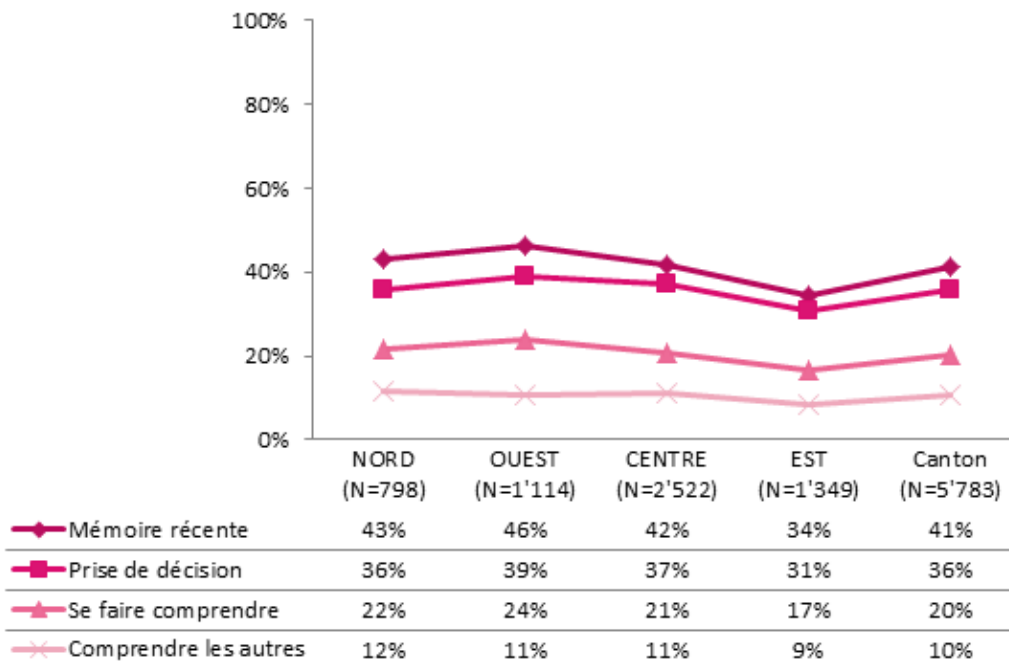
3.6 Incontinence

L'incontinence urinaire concerne la plupart des résident-e-s (79%). Bien que les différences entre les régions soient faibles, c'est dans l'EST que cette proportion est la plus faible (75%) et dans le NORD qu'elle est la plus importante (82%). En comparaison, l'incontinence fécale est moins répandue, puisqu'elle concerne environ un tiers (34%) de la population hébergée du canton. D'autre part, les différences entre régions y sont moins importantes que pour l'incontinence urinaire.

3.7 Troubles cognitifs

Sur l'ensemble du canton, la proportion de personnes présentant des troubles cognitifs « Sévère/Nul » varie selon la dimension considérée : mémoire récente (41%), décisions courantes (36%), capacité à se faire comprendre (20%) et faculté à comprendre les autres (10%). Si les différences entre les régions sont faibles (Figure 7, p. 29), nous observons toutefois systématiquement moins de difficultés dans la région EST et davantage dans la région OUEST.

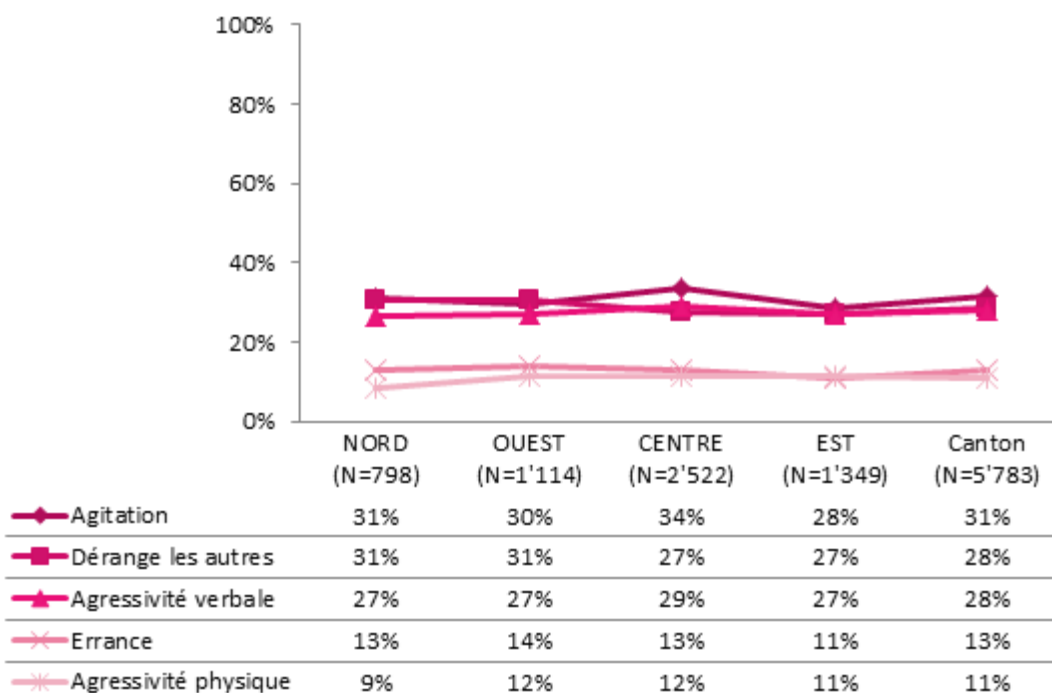
Figure 7 Proportion de troubles cognitifs « Sévère/Nul » par région sanitaire



3.8 Troubles du comportement

Sur l'ensemble du canton (Figure 8, p. 30), la présence de troubles du comportement non corrigés varie selon le problème considéré, avec du plus au moins présent : l'agitation (31%), dérange les autres (28%), l'agressivité verbale (28%), l'errance (13%) et l'agressivité physique (11%). Entre les quatre régions sanitaires, les différences sont faibles. Cela étant, c'est dans la région EST que nous trouvons généralement la plus faible proportion de troubles du comportement.

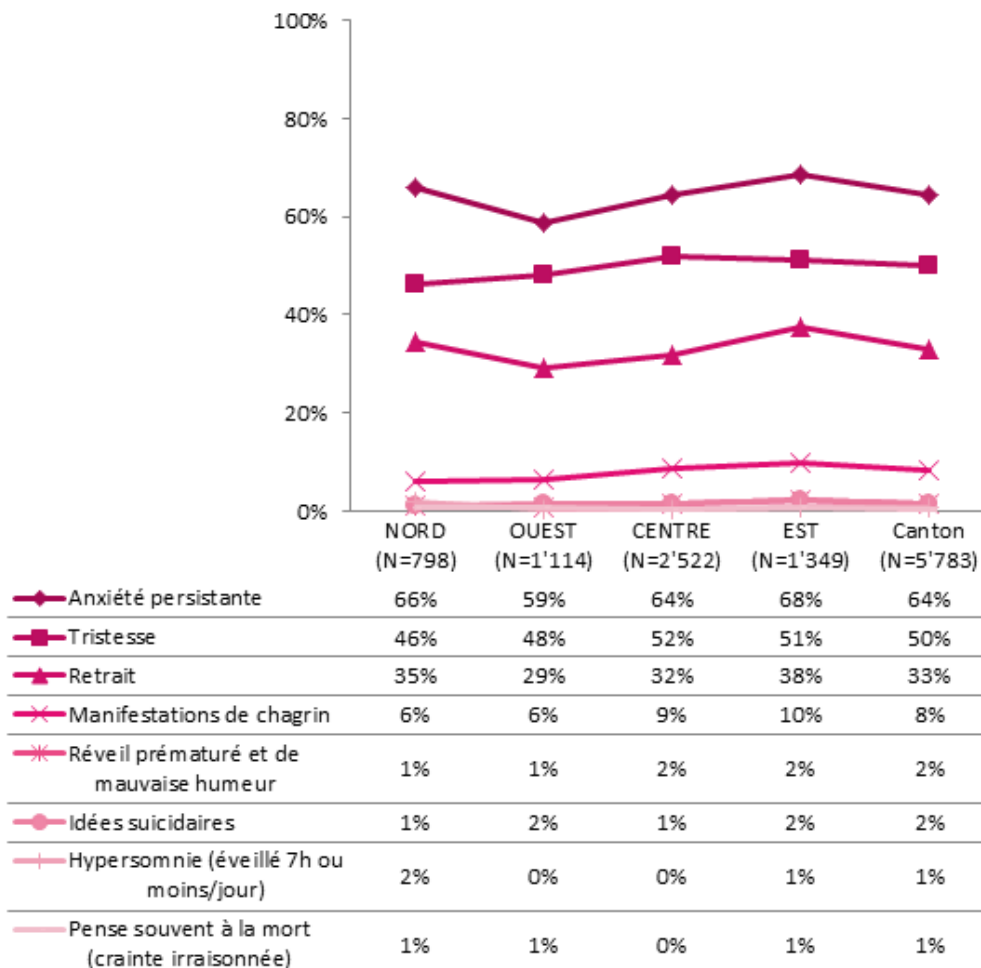
Figure 8 Troubles du comportement par région sanitaire



3.9 Troubles de l'humeur

Sur l'ensemble du canton (Figure 9, p. 31), les troubles de l'humeur les plus présents sont : l'anxiété persistante (64%), la tristesse (50%), le retrait (33%) et la manifestation de chagrin (8%). Les autres troubles de l'humeur sont en revanche très peu présents : réveil prématuré et de mauvaise humeur (2%), idées suicidaires (2%), hypersomnie (éveillé 7 heures ou moins/jour) (1%) et pense souvent à la mort (crainte irraisonnée) (1%). Si les différences entre les quatre régions sanitaires sont faibles, les troubles de l'humeur sont généralement plus fréquents dans l'EST et moins fréquents dans l'OUEST.

Figure 9 Troubles de l'humeur par région sanitaire



3.10 Moyens de protection/contention

Sur l'ensemble du canton, l'utilisation de psychotropes est très largement répandue (Figure 10, p. 32). Alors que seulement 14% des personnes n'en reçoivent pas, ils sont « Souvent » utilisés chez 81% d'entre elles. En ce qui concerne l'utilisation des barrières de lit, nous observons la proportion inverse (Figure 11, p. 32). En effet, 81% des personnes n'en ont pas et elles sont « Souvent » utilisées chez 19% d'entre elles.

Figure 10 Psychotropes sur l'ensemble du canton

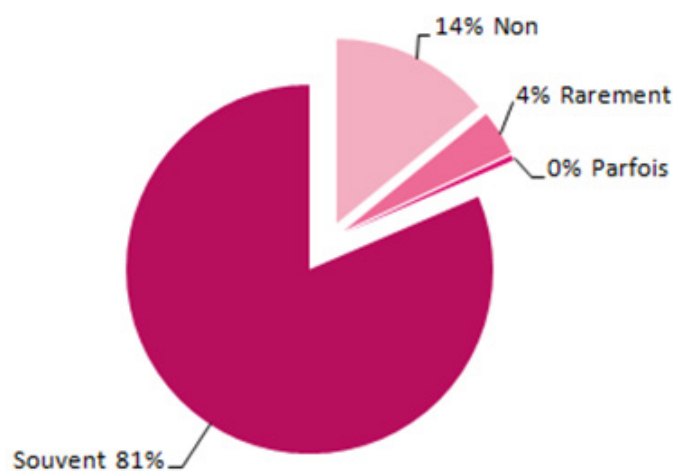
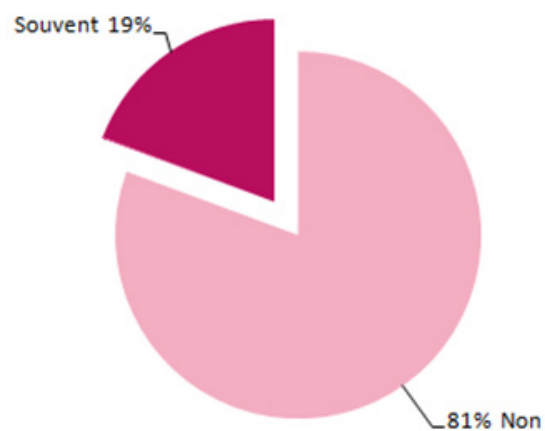


Figure 11 Barrières de lit sur l'ensemble du canton



Entre les différentes régions sanitaires, nous constatons que les psychotropes sont plus « Souvent » utilisés dans la région NORD (85%) et moins dans la région OUEST (79%) (Figure 12, p. 33). Les barrières de lit sont, quant à elles, plus « Souvent » utilisées dans le CENTRE (21%) et moins dans le NORD (16%) que dans les autres parties du canton (Figure 13, p. 33).

Figure 12 Psychotropes par région sanitaire

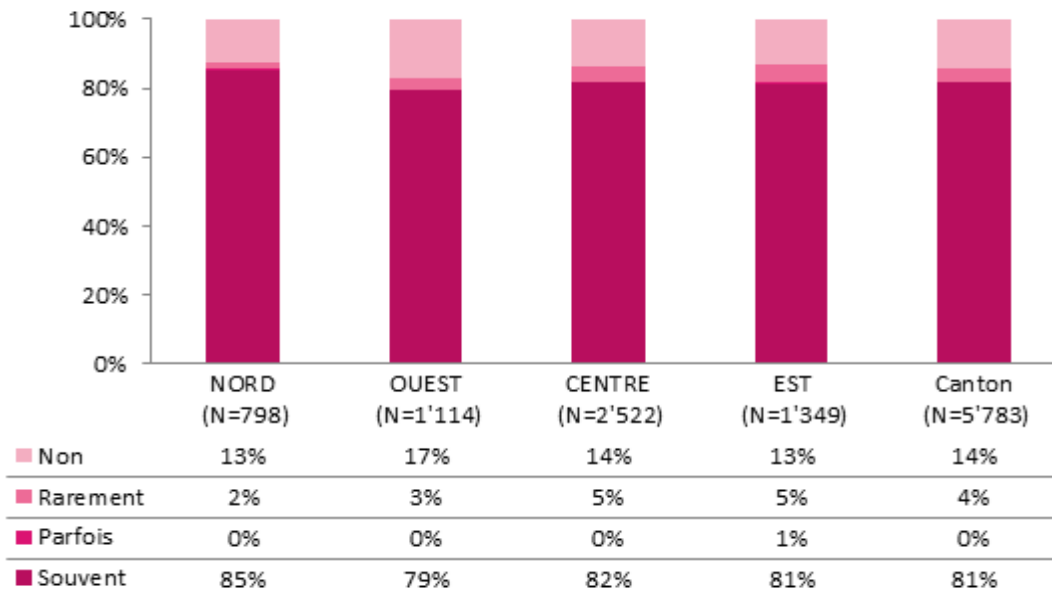
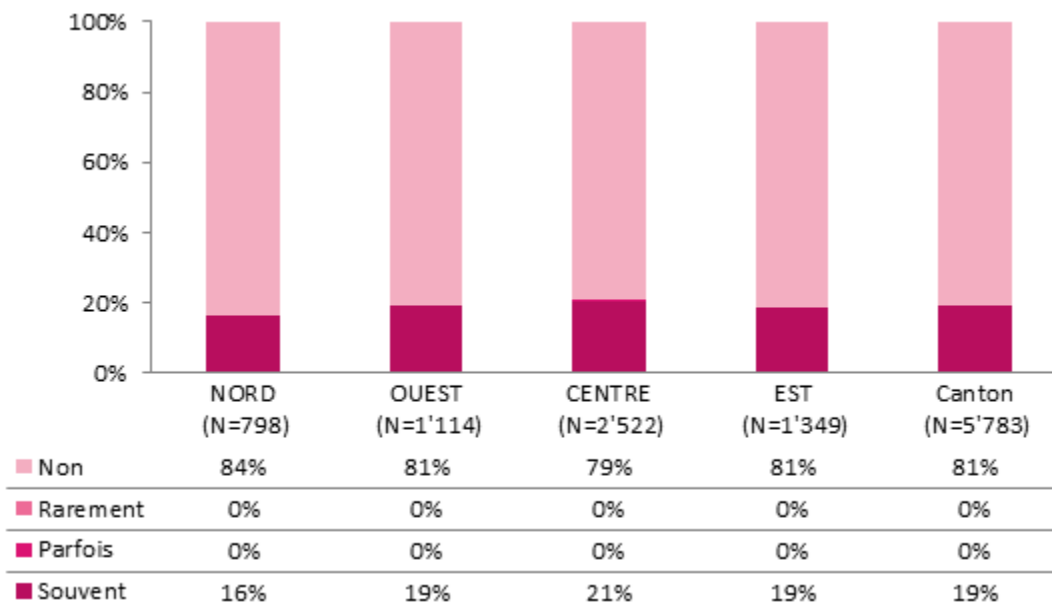


Figure 13 Barrières de lit par région sanitaire



3.11 Conclusion

Trois quarts des personnes hébergées en long séjour médico-social sont âgées de 80 ans et plus. Le taux de recours augmente avec l'âge et concerne un tiers des personnes âgées de 95 ans et plus. Quelle que soit la classe d'âge considérée, les femmes sont majoritaires.

Sur le plan des activités de base de vie quotidienne (AVQ), la quasi-totalité des résident·e·s requiert de l'aide pour le bain ou la douche et l'hygiène personnelle. Ce n'est, en revanche, pas cas pour la mobilité dans le lit et la capacité à manger et boire qui restent préservées chez la grande majorité. Les personnes hébergées présentent presque toutes des troubles cognitifs, des problèmes de mobilité physique et/ou un risque de chute. L'incontinence urinaire est également très présente. La présence de troubles de l'humeur et du comportement varie beaucoup selon le problème considéré. Finalement, nous avons relevé la très forte proportion de résident·e·s qui reçoit des psychotropes.

Entre les quatre régions sanitaires, les résultats sont très homogènes. Il est d'autant plus remarquable de constater que l'EST y apparaît comme présentant un profil de clientèle favorable sur plusieurs aspects (AVQ, troubles cognitifs, troubles du comportement, mobilité et risque de chute). Seuls les troubles de l'humeur y sont plus fréquents que dans le reste du canton. Les résultats particuliers de cette région peuvent être mis en lien avec un taux de recours à l'hébergement plus élevé et une proportion de résident·e·s âgé·e·s de moins de quatre-vingts ans supérieure à la moyenne dans cette région. Une hypothèse pourrait être que ces différences s'expliquent par un moindre recours aux structures alternatives à l'institutionnalisation. D'autres sources de données devraient cependant être consultées pour le vérifier. À l'inverse, les résultats de la région NORD présentent une clientèle avec davantage de déficits et un taux de recours inférieur à celui des autres régions.

4

Missions de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé

4 Missions de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé

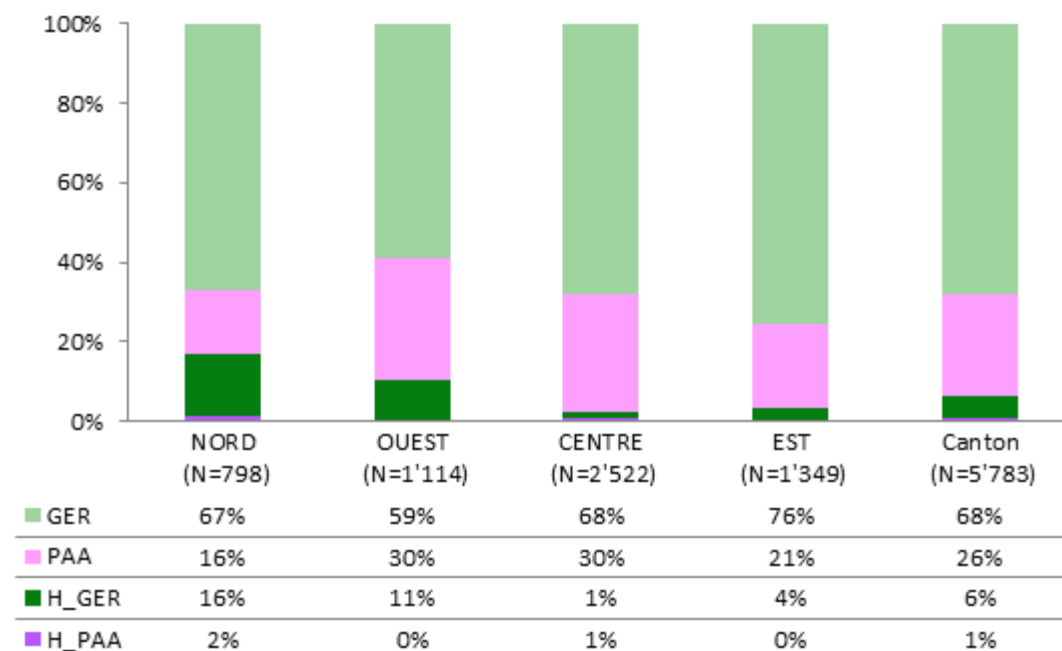
4.1 Répartition entre les missions

Nous avons retenu les quatre missions suivantes :

- **GER :** Établissement médico-social - home médicalisé.
- **PAA :** Home médicalisé spécialisé dans la gérontopsychiatrie.
- **H_GER :** Unité hospitalière – lits C en hôpital de soins généraux.
- **H_PAA :** Unité hospitalière de psychogériatrie en hôpital psychiatrique.

Sur l'ensemble du canton, plus de deux tiers (68%) des résident-e-s sont hébergés en GER et un quart (26%) en PAA (Figure 14, p. 37). L'EST est la région dans laquelle le pourcentage de résident-e-s en GER est le plus élevé (76%). Bien que très peu représentée sur l'ensemble du canton (1%), la mission de H_PAA est totalement absente des régions de l'OUEST et de l'EST. Compte tenu de ses effectifs très faibles, les résultats de cette dernière mission peuvent beaucoup varier et doivent être interprétés avec prudence.

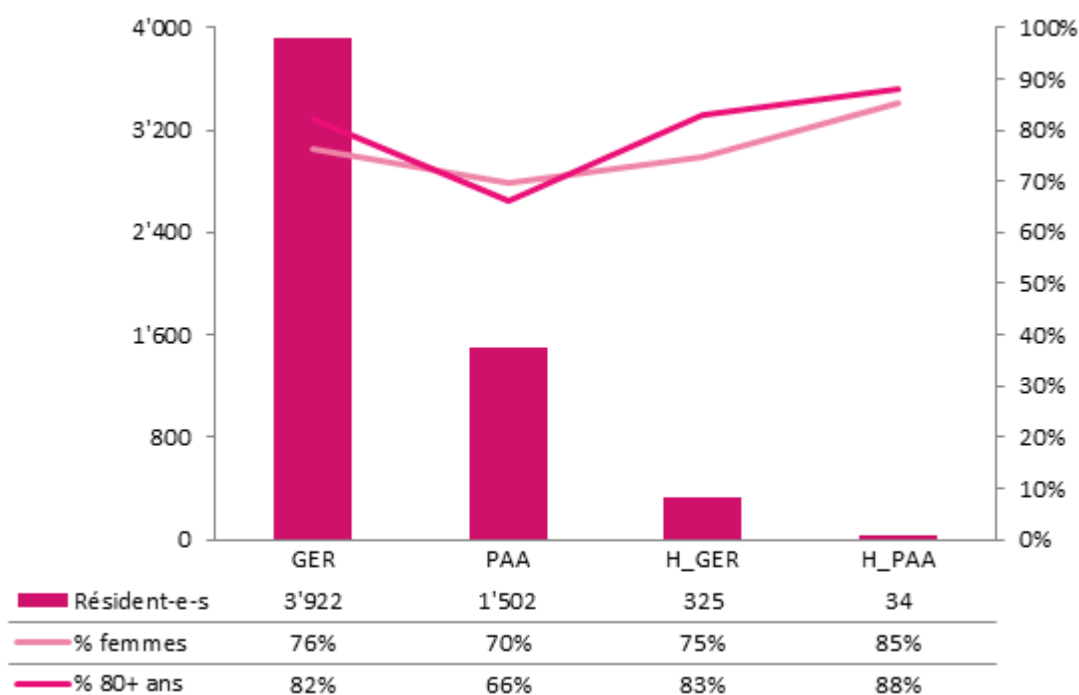
Figure 14 Répartition des résident-e-s par mission et par région sanitaire



4.2 Catégories d'âge et de sexe

La proportion de femmes est légèrement moins importante en PAA (70%) qu'elle ne l'est en GER (76%) (Figure 15, p. 38). De même, les catégories d'âges les plus élevées (80 ans et plus) sont moins représentées en PAA (66%) qu'en GER (82%). Ces deux tendances ne se retrouvent pas dans les missions de H_GER et H_PAA.

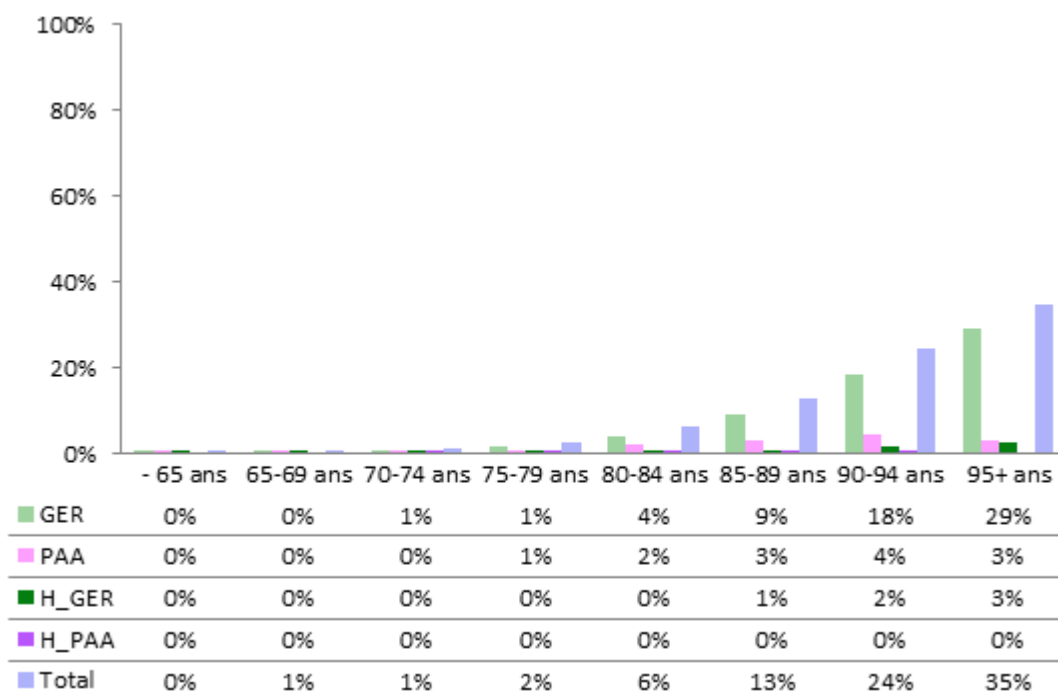
Figure 15 Nombre de résident-e-s et proportion de femmes par mission



4.3 Taux de recours par mission

Alors que les taux de recours à l'hébergement en GER augmentent avec l'âge, ils restent faibles et plafonnent entre 3% et 4% en PAA même aux âges les plus avancés (Figure 16, p. 39).

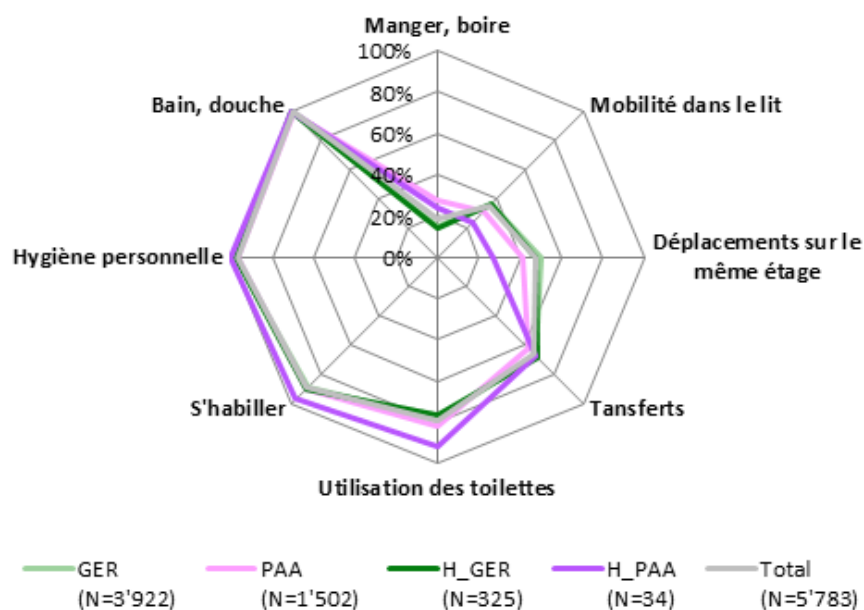
Figure 16 Taux de recours aux différentes missions par classe d'âge



4.4 Activités de base de la vie quotidienne

Sur le plan de la dépendance pour les activités de base de la vie quotidienne (AVQ), les écarts entre les missions varient selon l'activité considérée (Figure 17, p. 40). C'est notamment le cas des déplacements sur le même étage pour lesquels les résident·e·s en psychiatrie de l'âge avancé (PAA et H_PAA) sont proportionnellement moins nombreux à être dépendants que ceux de gériatrie (GER et H_GER) alors que c'est l'inverse pour la capacité à manger et boire.

Figure 17 Dépendance pour les AVQ par mission

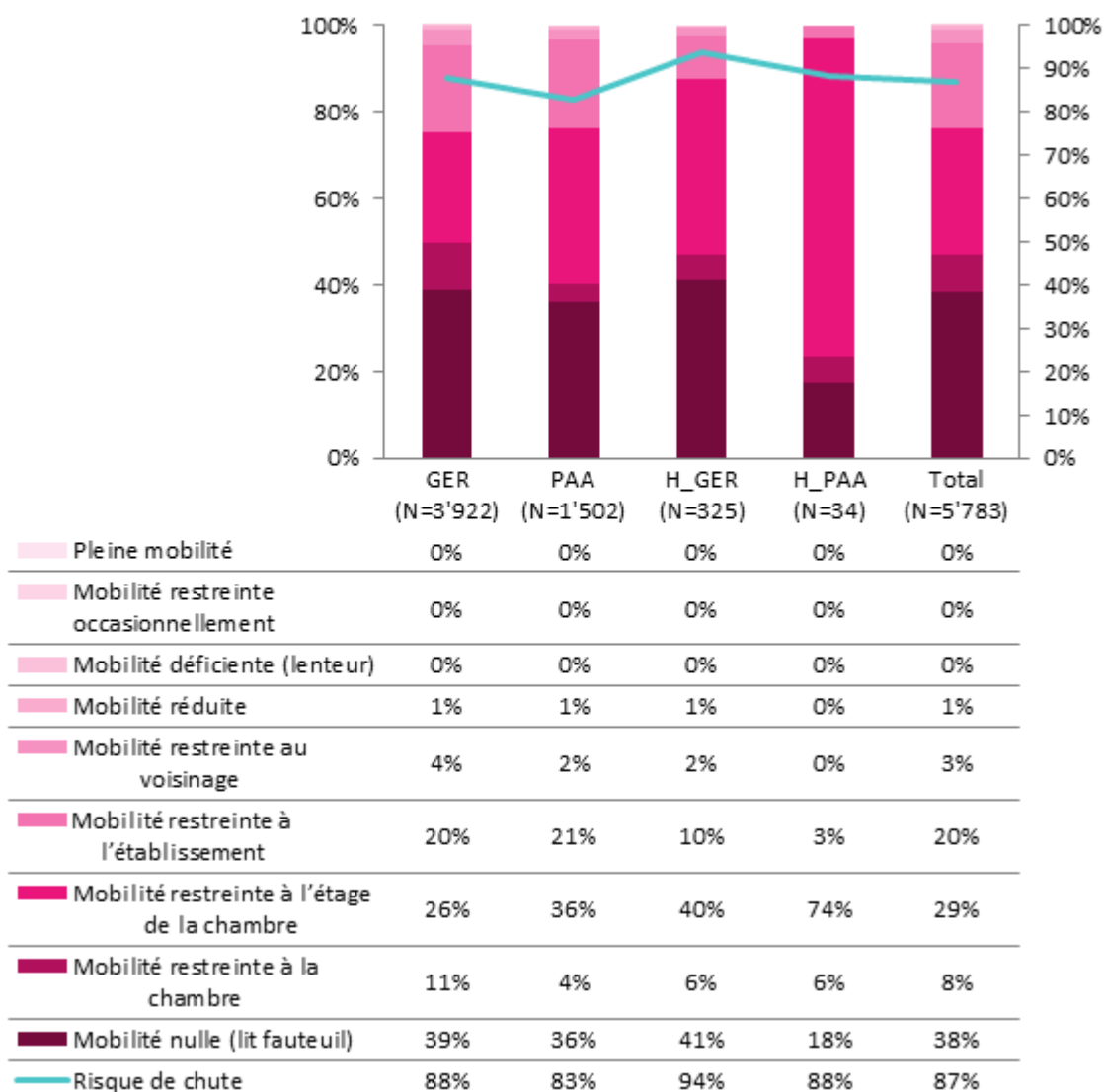


AVQ	GER (N=3'922)	PAA (N=1'502)	H_GER (N=325)	H_PAA (N=34)	Total (N=5'783)
Manger, boire	15%	27%	14%	24%	18%
Mobilité dans le lit	36%	32%	37%	24%	35%
Déplacement sur le même étage	50%	41%	48%	26%	48%
Transferts	67%	63%	69%	68%	66%
Utilisation des toilettes	78%	82%	76%	91%	79%
S'habiller	89%	90%	90%	97%	89%
Hygiène personnelle	97%	96%	98%	100%	97%
Bain, douche	99%	98%	99%	100%	99%

4.5 Mobilité physique, compensations mécaniques et risque de chute

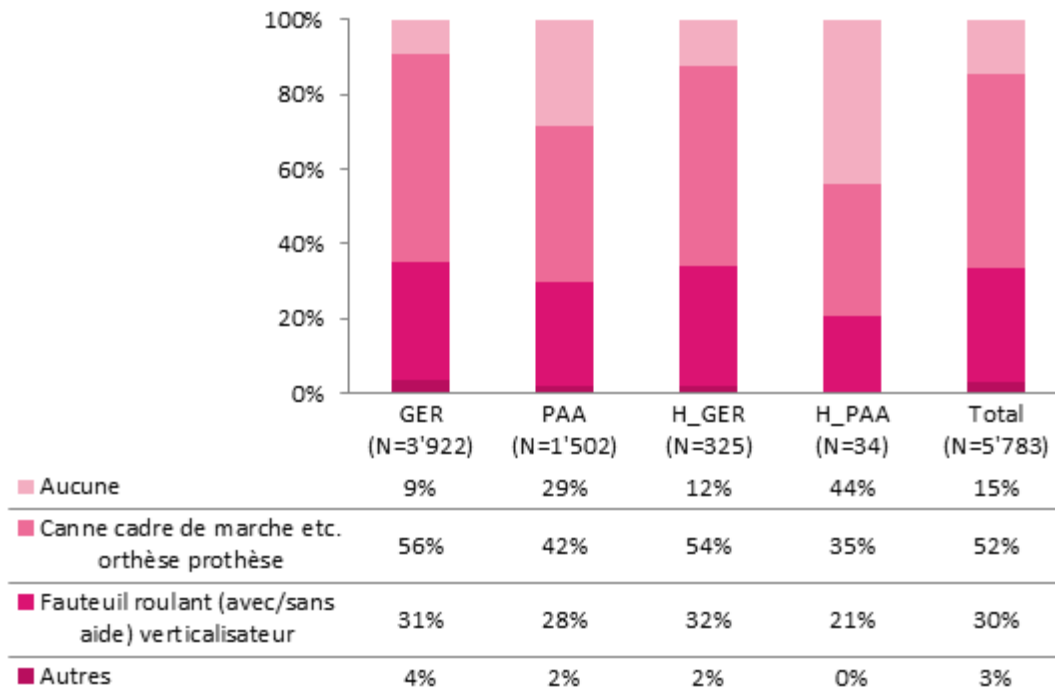
La mobilité physique des résident·e·s en psychiatrie de l'âge avancé est meilleure que celles des personnes en gériatrie (Figure 18, p. 41). Sur le plan des chutes, nous constatons que ce risque est moins présent dans les missions de psychiatrie de l'âge avancé que celles de gériatrie.

Figure 18 Mobilité physique et risque de chute par mission



La proportion de résident·e·s qui n'utilisent aucune aide mécanique (prothèse, orthèse, canne, cadre de marche, fauteuil roulant, etc.) est plus importante dans les missions de psychiatrie de l'âge avancé que dans celles de gériatrie (Figure 19, p. 42).

Figure 19 Première compensation par mission



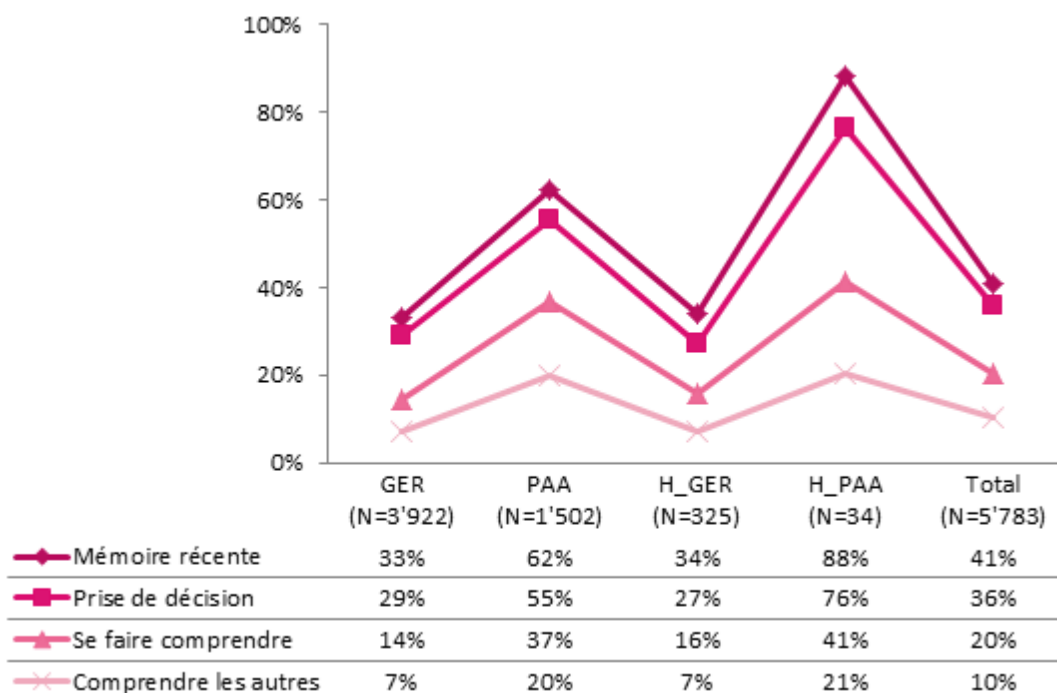
4.6 Incontinence

Pour l'incontinence urinaire, il y a peu de différences entre les missions de GER (79%) et de PAA (82%). C'est en H_GER qu'elle est la moins présente (72%) et en H_PAA qu'elle est la plus présente (88%). L'incontinence fécale est, quant à elle, plus présente en psychiatrie de l'âge avancé (PAA 47% et H_PAA 50%) qu'en gériatrie (GER 28% et H_GER 33%).

4.7 Troubles cognitifs

Sur le plan cognitif, la proportion de personnes présentant des troubles cognitifs « Sévère/Nul » est plus élevée en psychiatrie de l'âge avancé qu'en gériatrie (Figure 20, p. 43).

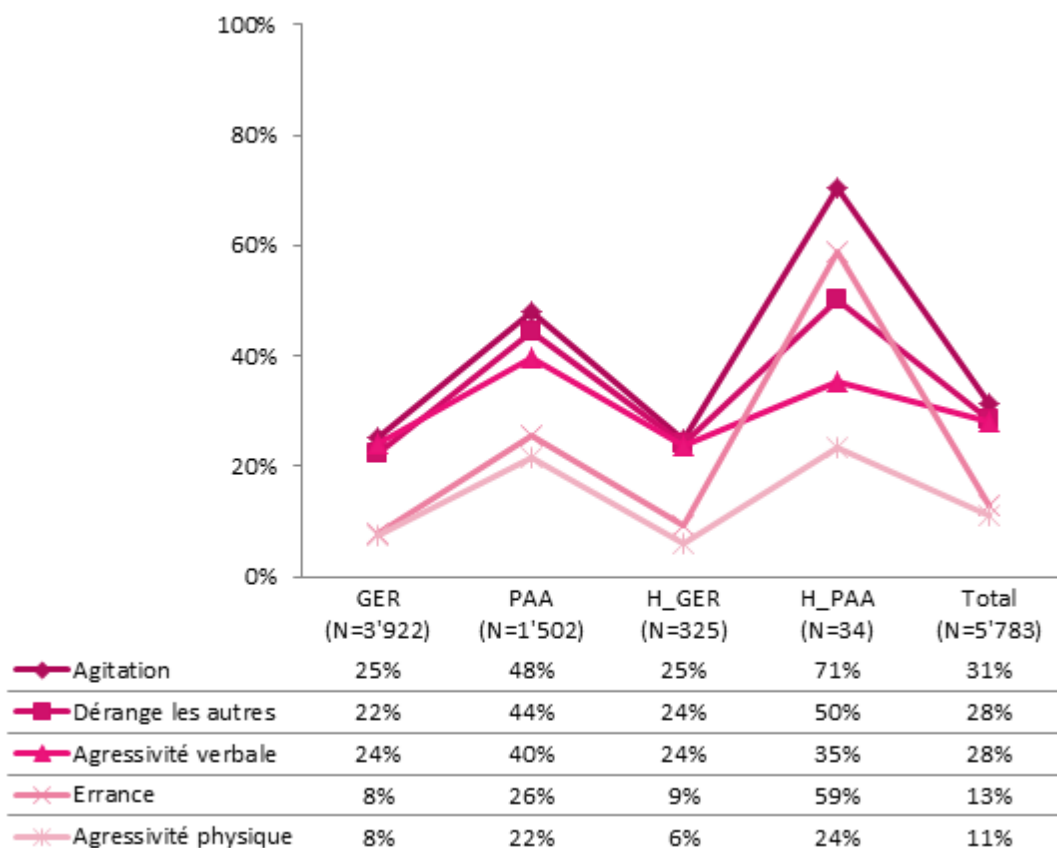
Figure 20 Proportion de troubles cognitifs « Sévère/Nul » par mission



4.8 Troubles du comportement

Les troubles du comportement sont nettement plus présents en psychiatrie de l'âge avancé (PAA et H_PAA) qu'en gériatrie (GER et H_GER) (Figure 21, p. 44).

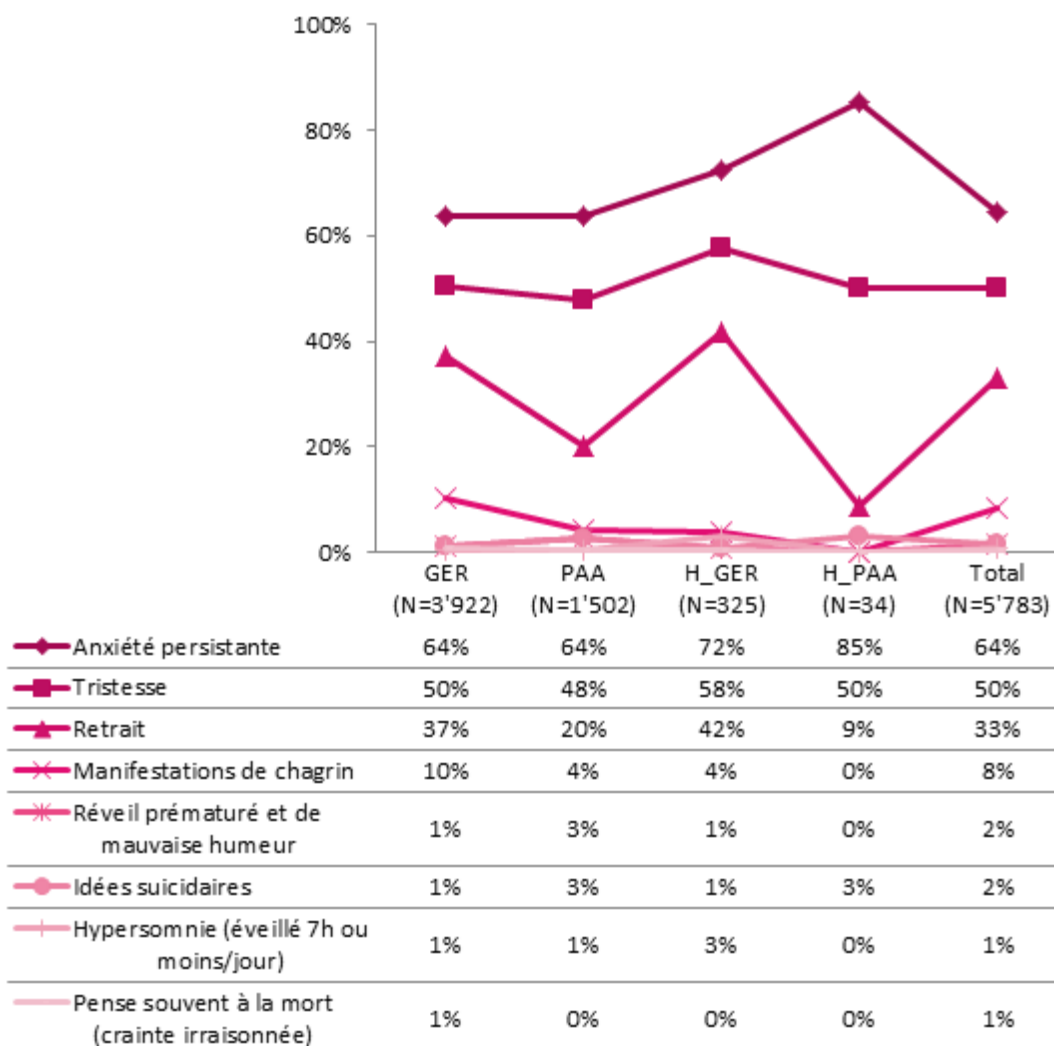
Figure 21 Troubles du comportement par mission



4.9 Troubles de l'humeur

Sur les troubles de l'humeur (Figure 22, p. 45), nous observons quelques différences entre les différentes missions. C'est le cas de l'anxiété persistante qui est plus présente en H_PAA (85%) que dans les autres missions. Le retrait est, quant à lui, moins présent dans les missions de PAA (20%) et de H_PAA (9%) que dans les missions de GER (37%) et de H_GER (42%). Finalement, la manifestation de chagrin est plus présente en GER (10%).

Figure 22 Troubles de l'humeur par mission



4.10 Moyens de protection/contention

Les psychotropes sont plus fréquemment utilisés en PAA (93%) que dans les trois autres missions (GER 84%, H_GER 82% et H_PAA 76%) (Figure 23, p. 46). Les barrières de lit sont plus souvent utilisées dans les unités hospitalières de psychogériatrie en hôpital psychiatrique (H_PAA) que dans les autres missions (Figure 24, p. 46).

Figure 23 Psychotropes par mission

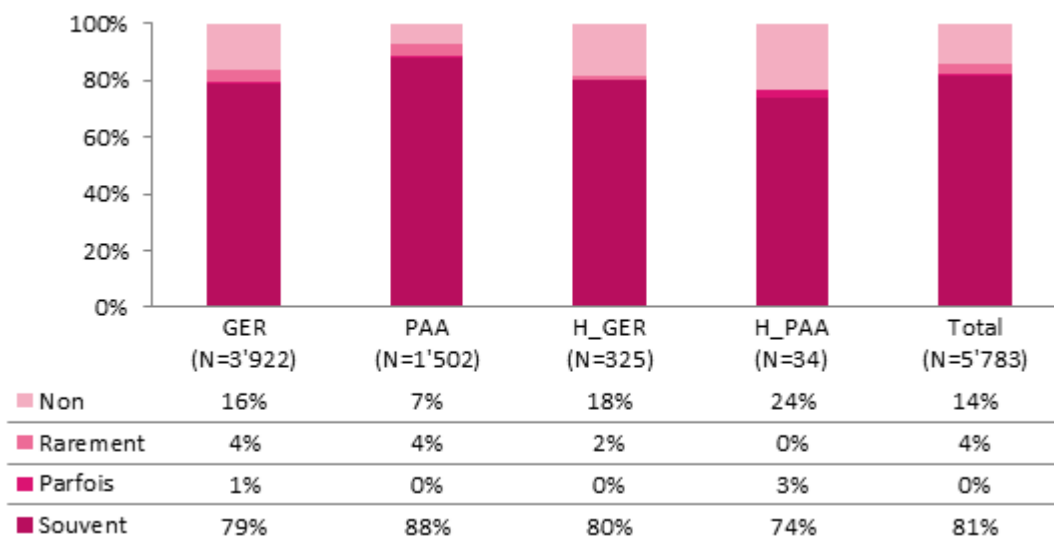
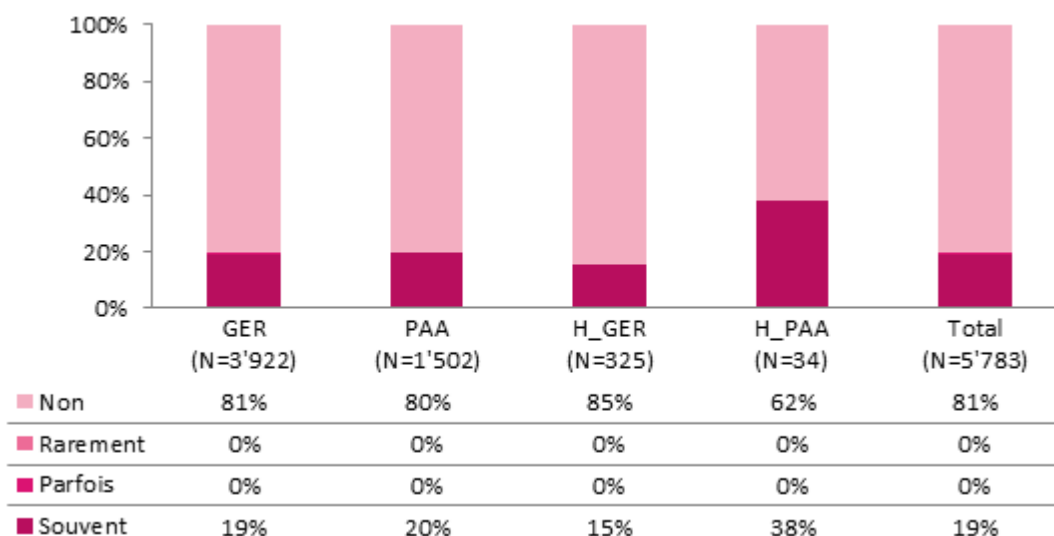


Figure 24 Barrières de lit par mission



4.11 Conclusion

Sur l'ensemble du canton, environ un quart des résident·e·s est hébergé en PAA. C'est dans la région EST que cette proportion est la plus faible. Si les taux de recours à l'hébergement en GER augmentent avec l'âge, ils demeurent faibles en PAA. La proportion d'hommes et de personnes de moins de 80 ans est plus importante en PAA qu'en GER.

Les résident·e·s en PAA se différencient par une meilleure mobilité, un moindre recours aux moyens auxiliaires et ont un risque de chute moins élevé. À l'inverse, les difficultés cognitives, les troubles du comportement et le recours aux psychotropes y sont plus présents qu'en GER. En revanche, il y a peu de différences quant aux troubles de l'humeur entre ces deux missions.

Cette meilleure mobilité physique des personnes hébergées en PAA se retrouve dans la dépendance pour les AVQ. Les résident·e·s y sont moins dépendant·e·s pour les déplacements sur le même étage, la mobilité dans le lit et les transferts. Ils et elles sont, par contre, plus dépendant·e·s pour l'utilisation des toilettes et la capacité à manger et boire.

5

Prestations aux résident·e·s en EMS

5 Prestations aux résident·e·s en EMS

L'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) du 24 juin 2009, instaure un échelonnement des tarifs pour les soins dispensés par les établissements médico-sociaux en douze classes (Art. 7a, al. 3 OPAS). Chaque classe est définie selon un intervalle de temps de soins requis qui s'étend de moins de 20 minutes pour la première classe et 220 minutes et plus pour la dernière. Seules les prestations définies à l'article 7, alinéa 2, lettres a, b et c de l'OPAS sont prises en charge dans un forfait en francs qui est associé à chaque classe. Le relevé PLAISIR© fait, par ailleurs, la distinction entre deux types de prestations : les prestations requises (9.1.2 Prestations requises, p. 78) et les services reçus (9.1.3 Services reçus, p. 78).

5.1 Prestations requises

5.1.1 Composition du temps moyen de soins requis

Sur l'ensemble du canton, les prestations d'évaluation, de conseils et de coordination représentent 15% du temps de soins requis par l'outil PLAISIR© (Figure 25, p. 50). Les prestations d'examen et de traitements 7% et les prestations de soins de base 68%. La part des communications au sujet du bénéficiaire (CSB) est de 7% et celles des activités non prévues dans l'OPAS est de 3%. Si la moyenne du nombre de minutes de soins requis par résident·e varie entre les régions, ce n'est absolument pas le cas pour sa composition (Figure 26, p. 51). Le même constat s'applique entre les différentes missions (Figure 27, p. 51).

Figure 25 Composition du temps moyen de soins requis sur l'ensemble du canton

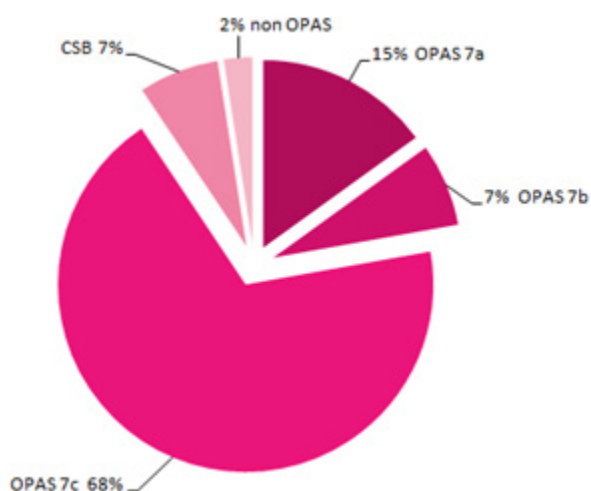


Figure 26 Composition du temps moyen de soins requis par région sanitaire

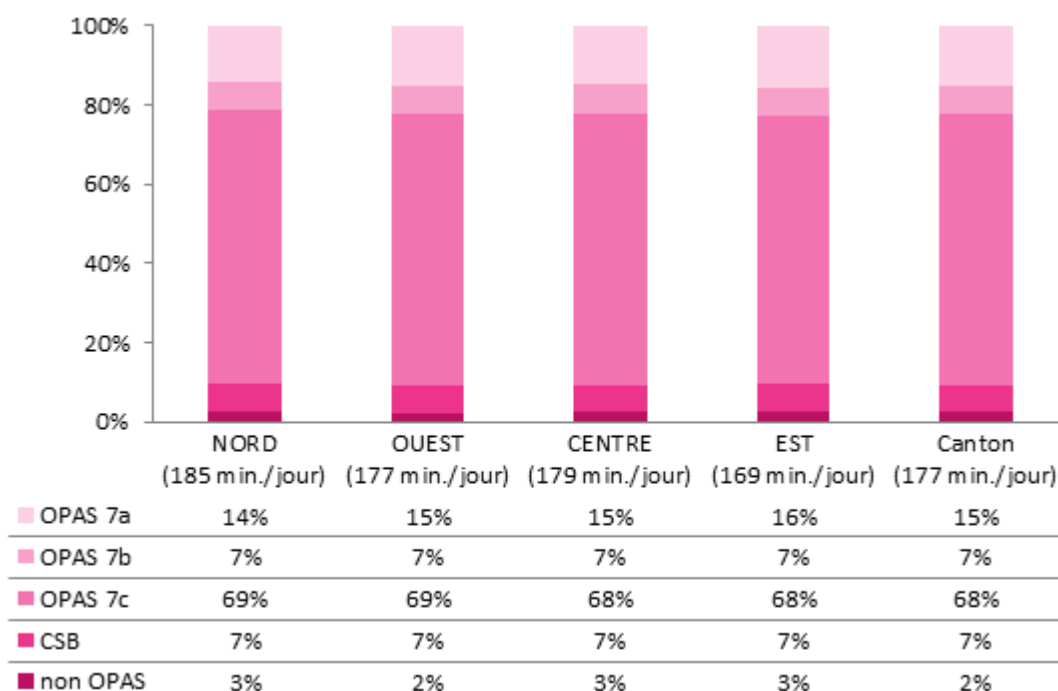
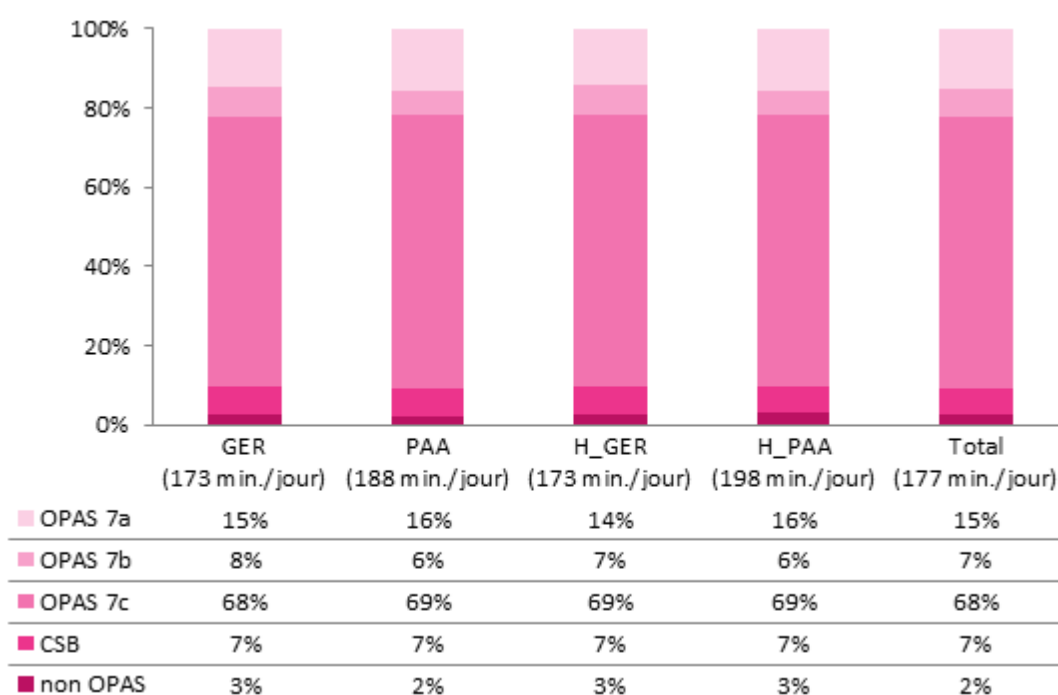


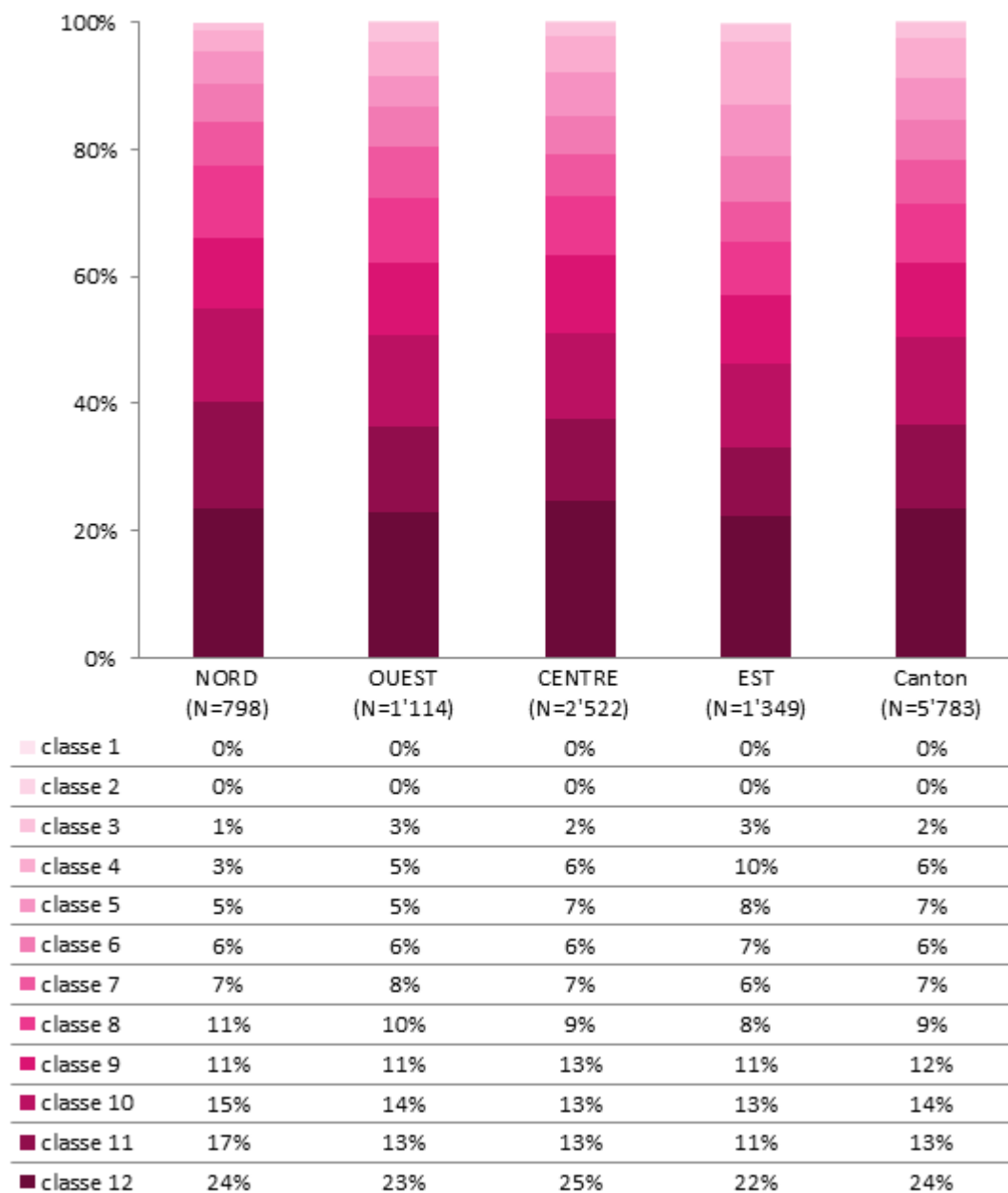
Figure 27 Composition du temps moyen de soins requis par mission



5.1.2 Classification OPAS

Sur l'ensemble du canton, presque les deux tiers (63%) de la population hébergée ont des niveaux de soins requis qui correspondent aux classes OPAS 9 à 12 (Figure 28, p. 52). Un quart (25%) se trouve dans la plus élevée et requiert par conséquent 220 minutes et plus de soins par jour (OPAS art.7a, al.3). Les différences entre régions sont faibles avec toutefois dans l'EST une proportion plus importante (28%) de résident-e-s dans les premières classes OPAS (1 à 6) en comparaison avec la moyenne sur l'ensemble du canton (22%).

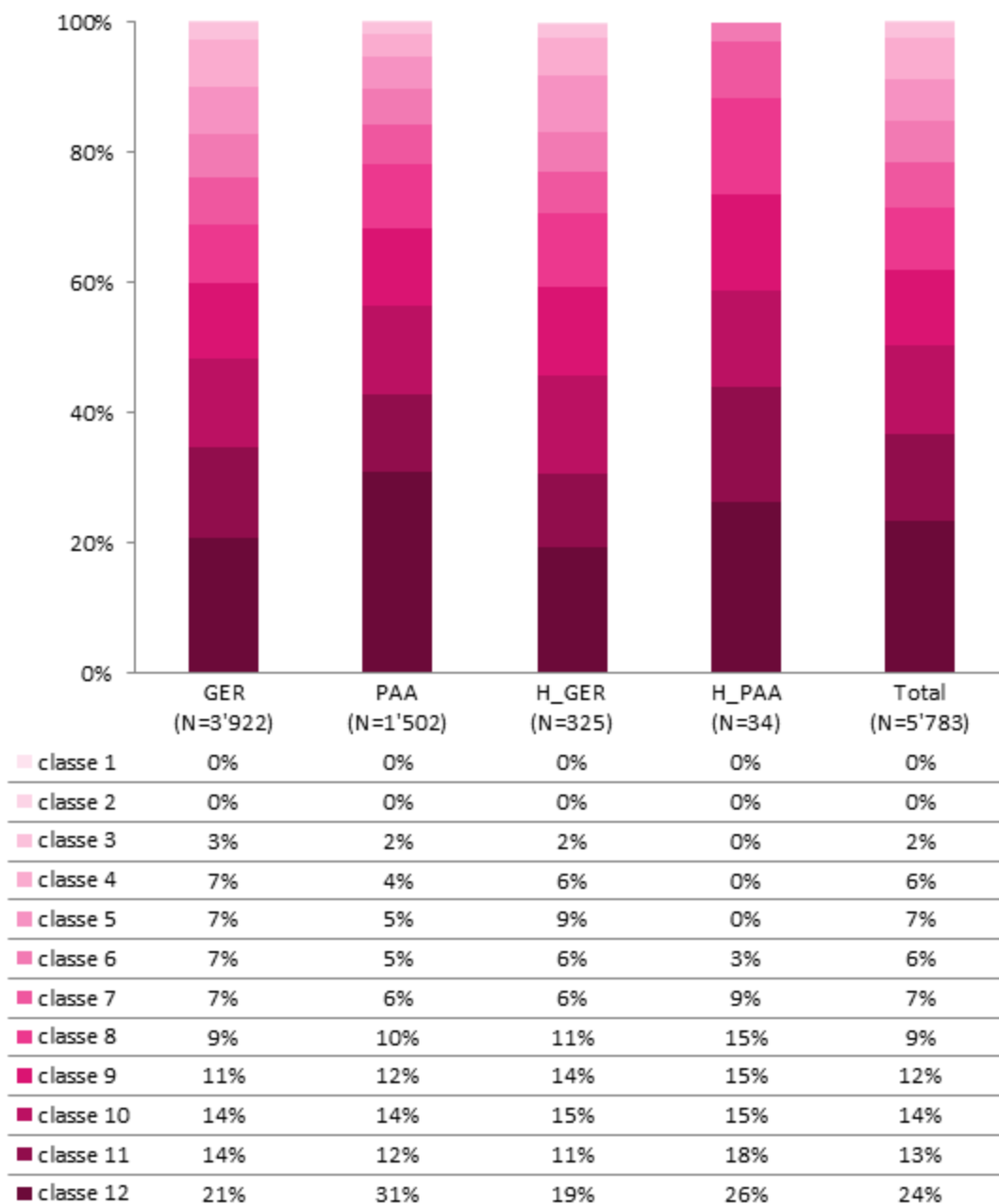
Figure 28 Douze classes OPAS par région sanitaire



12 classes OPAS avec les communications au sujet du bénéficiaire (CSB)

La proportion de résident·e-s (Figure 29, p. 53) dans la classe 12 est plus élevée dans les missions de psychiatrie de l'âge avancé (PAA 31% et H_PAA 26%) que dans celles de gériatrie (GER 21% et H_GER 19%).

Figure 29 Douze classes OPAS par mission



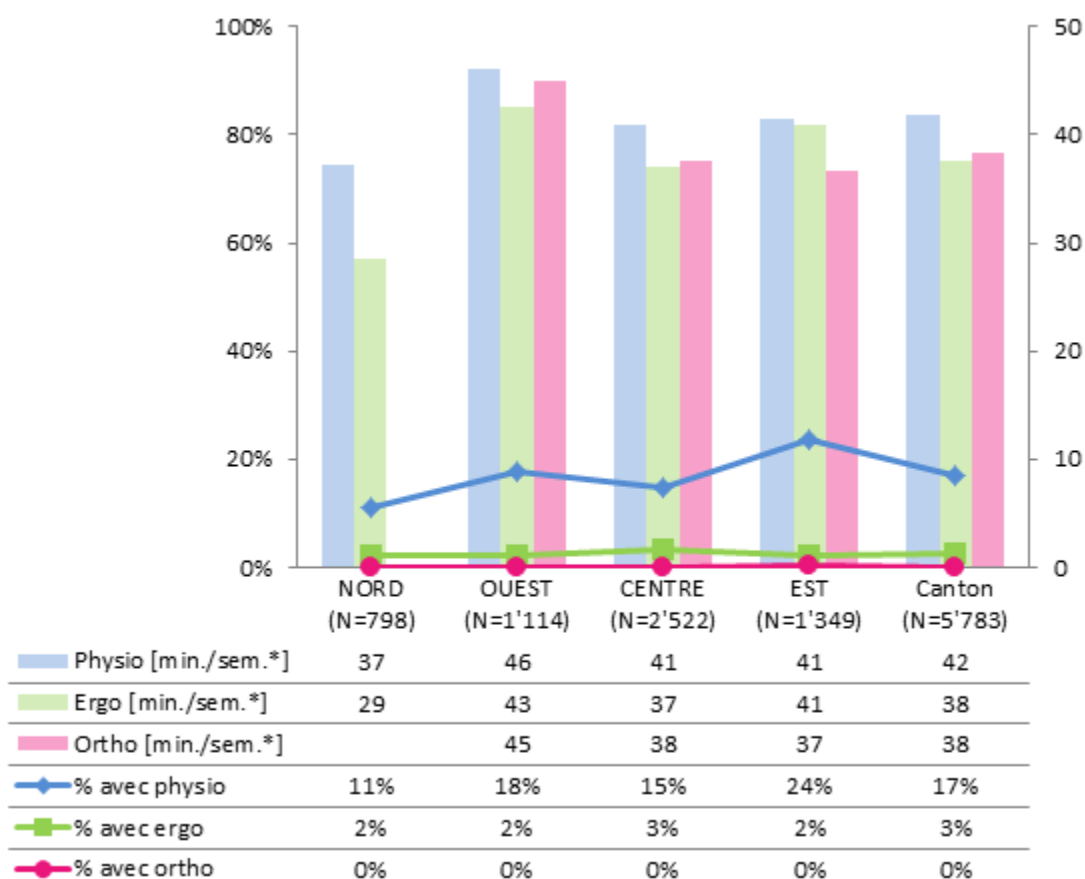
12 classes OPAS avec les communications au sujet du bénéficiaire (CSB)

5.2 Services reçus

5.2.1 Physiothérapie – Ergothérapie – Orthophonie

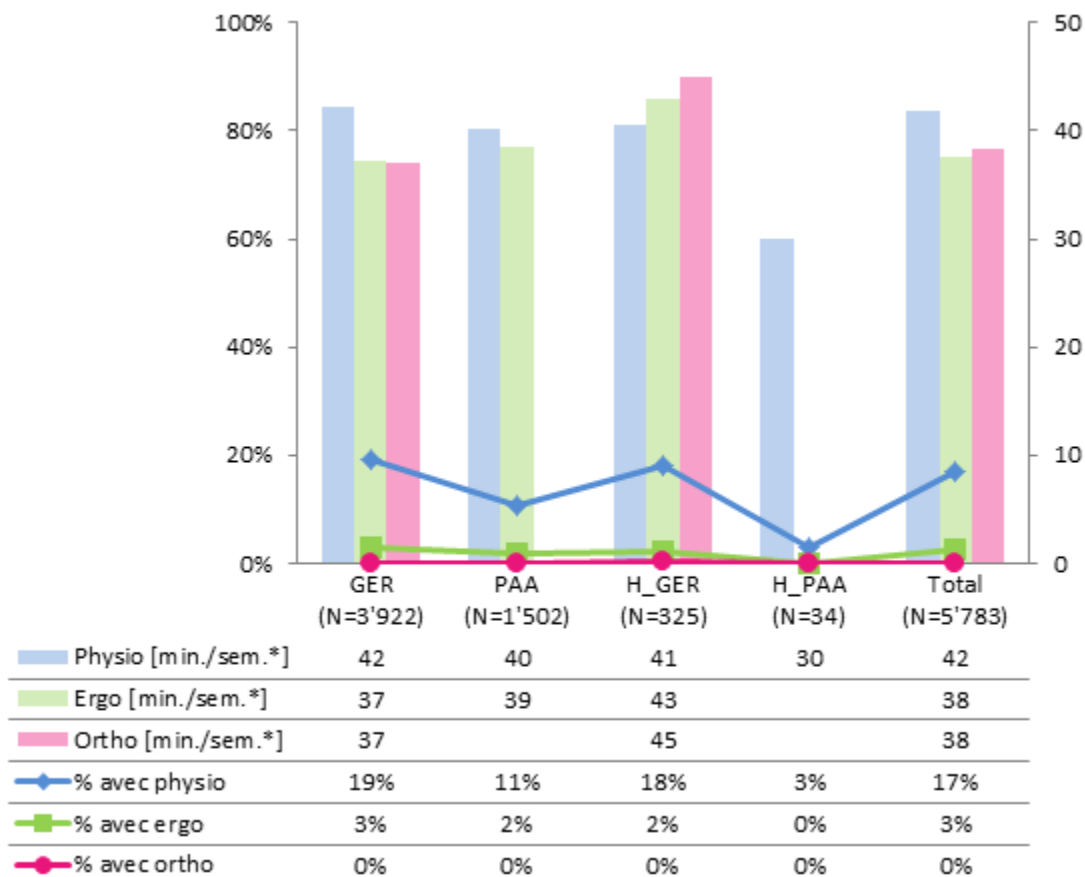
Sur l'ensemble du canton (Figure 30, p. 54) et selon les données, un·e résident·e en long séjour sur six (17%) reçoit de la physiothérapie d'une durée moyenne de 42 minutes par semaine. Les autres thérapies de réadaptation (ergothérapie et orthophonie) sont plus rarement reçues (respectivement 3% et < 1%) et la moyenne du nombre de minutes hebdomadaires, chez les résident·e·s bénéficiant de cette prestation, est légèrement inférieure (38 minutes par semaine). Les différences entre régions sanitaires et entre missions sont faibles. Néanmoins, nous observons que pour la physiothérapie la proportion de bénéficiaires est plus importante dans celle de l'EST et moins importante dans la région NORD. Elle est également plus importante pour les missions de GER (GER et H_GER) que de PAA (PAA et H_PAA) (Figure 31, p. 55).

Figure 30 Physio – Ergo - Ortho par région sanitaire



*Moyenne du nombre de minutes par semaine de thérapie chez les résident·e·s bénéficiant de cette prestation.

Figure 31 Physio – Ergo - Ortho par mission



*Moyenne du nombre de minutes par semaine de thérapie chez les résident·e·s bénéficiant de cette prestation.

5.2.2 Thérapies de réadaptation par unité de soins

De manière à rendre compte plus concrètement de ce que représentent les thérapies de réadaptation en termes de volume d'activités, nous avons calculé la somme du nombre d'heures par semaine au sein de chaque unité de soins. Au 31 octobre 2016, sur l'ensemble du canton, nous avons relevé un total de 275 unités de soins avec en moyenne 21 résident·e·s. À cette date, la plus petite unité ne comptait qu'une seule personne, tandis que la plus grande en comptait 83.

Sur l'ensemble du canton et selon les données, quatre unités sur cinq (80%) fournissent régulièrement de la physiothérapie aux personnes résidant en long séjour. Si la majorité (61%) en dispense entre 0 et 4 heures par semaine, 19% en donnent 4 heures et plus par semaine. L'ergothérapie est fournie régulièrement dans 25% des unités et l'orthophonie n'est présente que dans 2% d'entre elles.

5.2.3 Soins infirmiers de réadaptation

Concernant les soins infirmiers de réadaptation pour les activités de base de la vie quotidienne (Figure 32, p. 56), sur l'ensemble du canton, nous trouvons du plus au moins fréquent : les soins d'hygiène et l'habillement (18%), l'élimination (17%), les déplacements et la mobilisation au lit (11%), les transferts (3%) et l'alimentation (0%). Par rapport à la moyenne du canton, ils sont plus fréquents dans le NORD et l'OUEST et moins fréquents dans l'EST. Entre les différentes missions (Figure 33, p. 57), nous trouvons une plus grande proportion de personnes avec de l'entraînement pour les soins d'hygiène, l'habillement et l'élimination en PAA qu'en GER. Alors qu'en GER la proportion de personnes avec de l'entraînement pour les déplacements ou la mobilisation au lit est plus importante qu'en PAA.

Figure 32 Proportion de résident·e-s avec soins inf. de réadaptation par région sanitaire

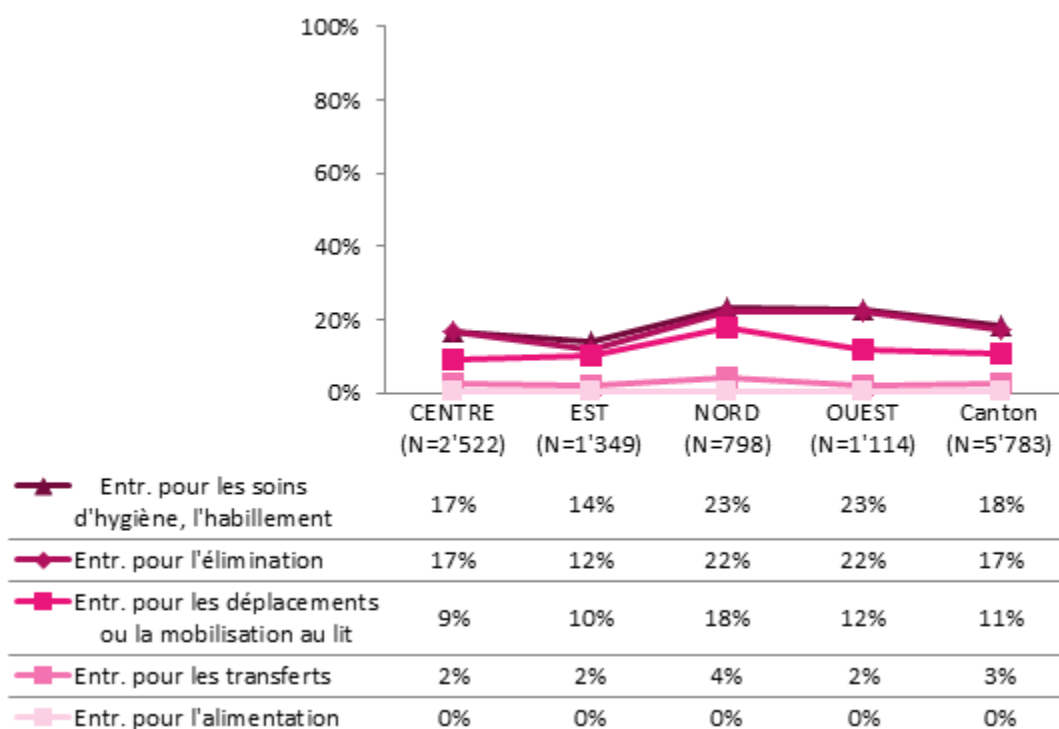
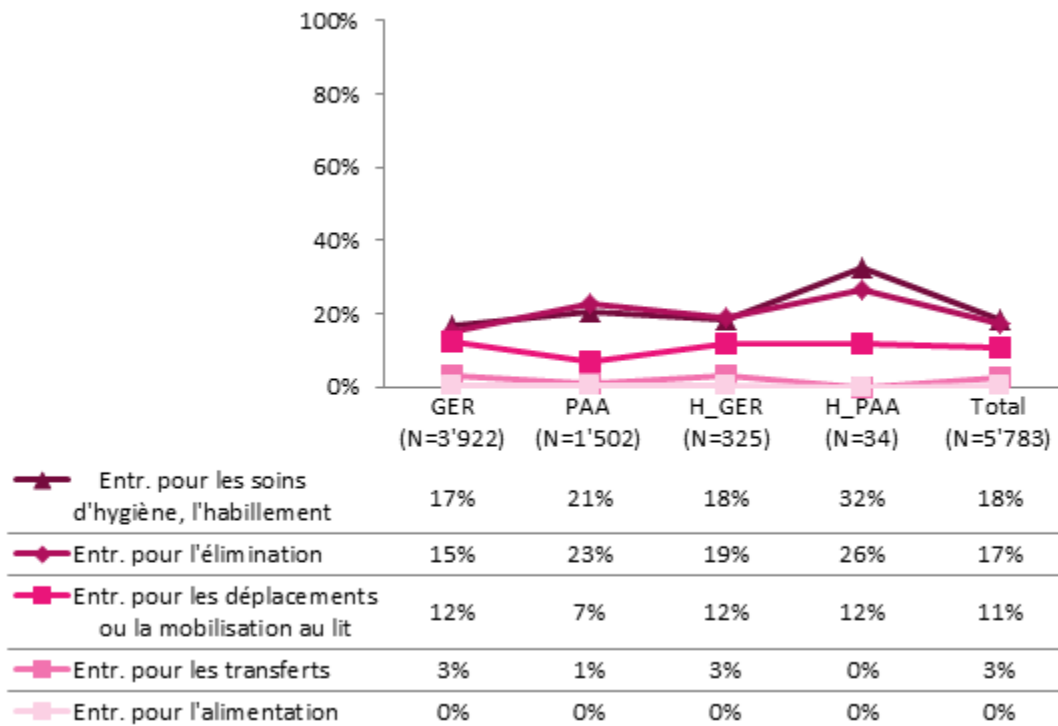


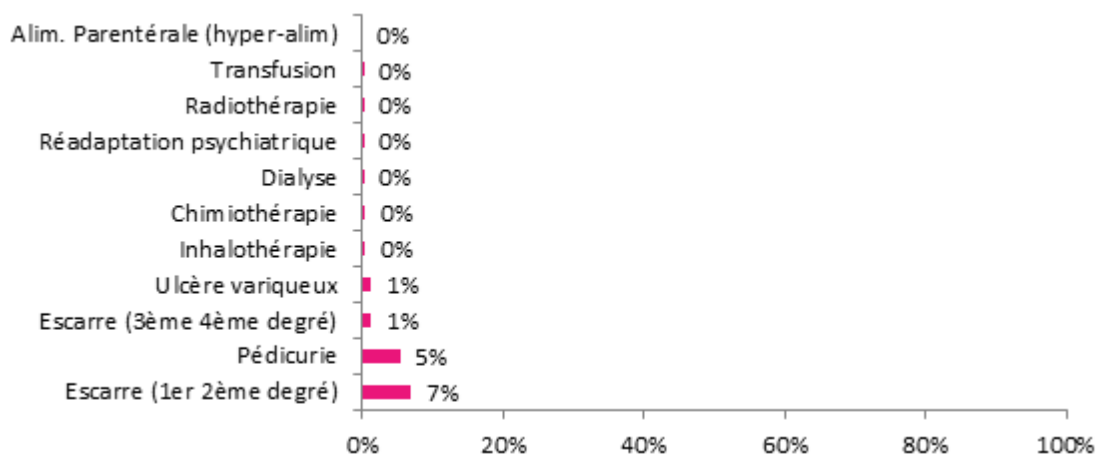
Figure 33 Proportion de résident-e-s avec soins inf. de réadaptation par mission



5.2.4 Traitements particuliers

Parmi les traitements particuliers reçus, sur l'ensemble du canton (Figure 34, p. 57), les deux plus fréquents sont les soins d'escarres (1^{er} ou 2^{ème} degré) (7%) et la pédicurie (5%). Les autres ont tous une prévalence égale ou inférieure à 1%.

Figure 34 Traitements particuliers sur l'ensemble du canton



5.3 Conclusion

Si la moyenne du nombre de minutes de soins requis par résident·e varie entre les régions et les missions, ce n'est absolument pas le cas pour sa composition entre les différents types de prestations (OPAS 7a-b-c, communications au sujet du bénéficiaire (CSB) et non OPAS).

Sur l'ensemble du canton, un quart de la population hébergée se trouve dans la classe plus élevée (classe 12) et requiert par conséquent plus de 220 minutes de soins par jour. La proportion de résident·e-s dans cette dernière catégorie est plus élevée dans les missions de PAA que dans celles de GER. En lien avec un profil de santé plus favorable, nous trouvons dans la région EST une plus forte proportion de résident·e-s avec des niveaux de soins requis correspondant aux classes OPAS 1 à 6.

En comparaison avec l'ergothérapie et l'orthophonie, la physiothérapie est beaucoup plus fréquente. Selon les données, une unité de soins sur cinq fournit plus de 4 heures de physiothérapie par semaine à ses résident·e-s. Nous constatons que cette prestation est plus fréquente dans l'EST, à l'inverse des soins infirmiers de réadaptations qui y sont globalement moins fréquents que dans le reste du canton.

En écho aux spécificités des différentes missions que nous avons relevées précédemment (4.11 Conclusion, p. 47), nous trouvons une plus grande proportion de personnes avec de la physiothérapie et/ou de l'entraînement pour les déplacements ou la mobilisation au lit en gériatrie qu'en psychiatrie de l'âge avancé où les soins infirmiers de réadaptation sont plus fréquents pour les soins d'hygiène, l'habillement et l'élimination.

6

Comparaison entre quatre cantons romands

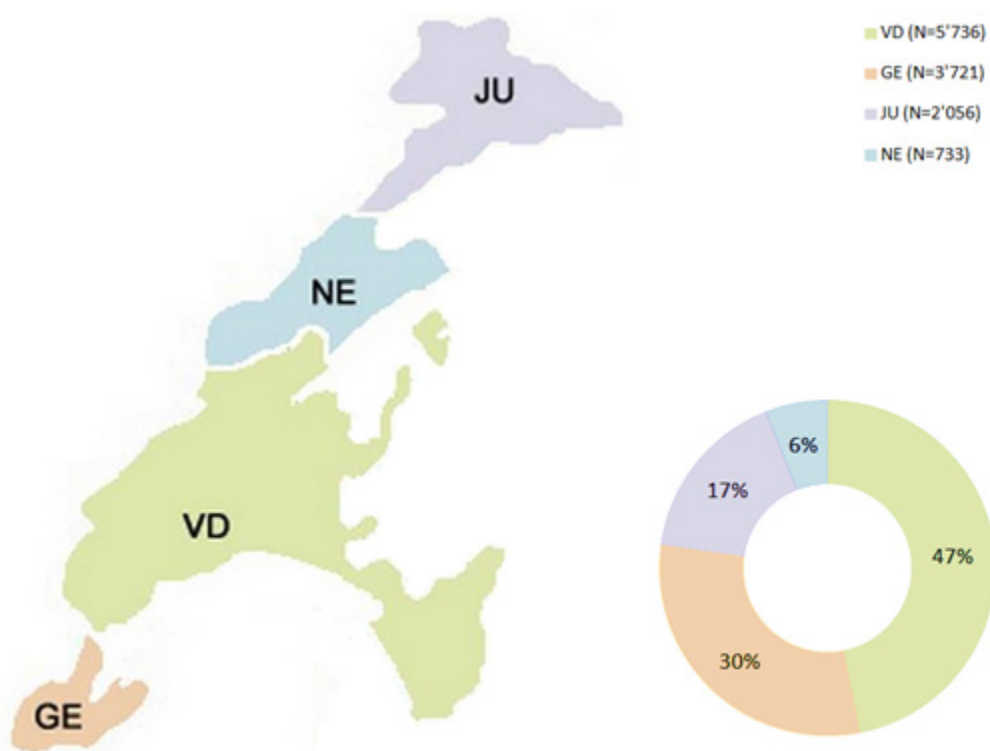
6 Comparaison entre quatre cantons romands

Les résultats ci-dessous sont issus de l'analyse transversale de l'ISE sur les données PLAISIR© d'octobre 2015ⁱ. Ils présentent des comparaisons entre quatre cantons romands : Vaud, Neuchâtel, Jura et Genève.

6.1 Répartition dans les différents cantons

Près de la moitié (47%) de toute la population romande en long séjour médico-social est hébergée dans le canton de Vaud (Figure 35, p. 61). Ces résultats ne prennent pas en compte les institutions pour handicapés et les établissements pour traitements psychosociaux.

Figure 35 Répartition des résident-e-s dans quatre cantons romands

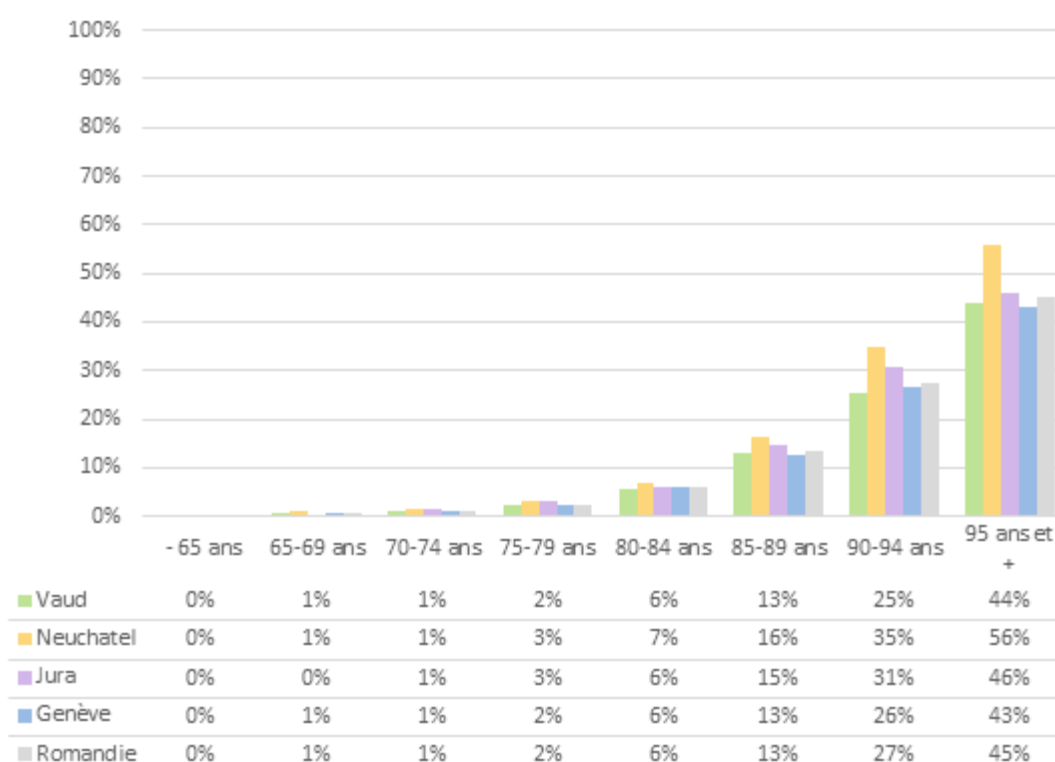


ⁱ Institut de santé et d'économie (ISE). Données PLAISIR© Analyse Transversale Octobre 2015. [En ligne]. Lausanne (CH) : [cité le 15.05.2017]. Disponible (sur demande) : <http://www.ctplaisir.ch/ct-analyses.html>.

6.2 Taux de recours par canton

Lorsque les effectifs des résident-e-s au 31.10.2015 sont ramenés à la population résidente permanente par canton au 31.12.2015^j, nous constatons que le canton de Neuchâtel a des taux de recours plus importants pour les trois catégories d'âges les plus élevées : 85-89 ans, 90-94 ans et 95 ans et plus (Figure 36, p. 62). C'est également le cas, dans le canton du Jura pour la catégorie des 90-94 ans.

Figure 36 Taux de recours à l'hébergement par canton et par classe d'âge

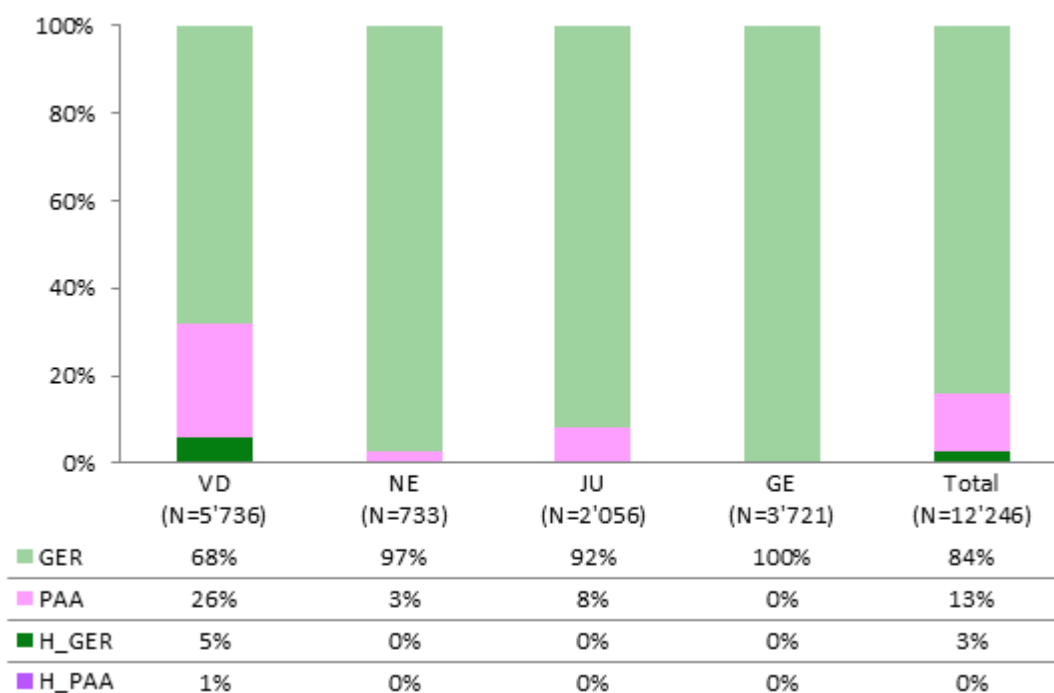


^j Population résidente permanente selon l'âge, par canton, district et commune, 2010-2016. [En ligne] Neuchâtel (CH) : Office fédéral de la statistique ; 30.08.2017 [cité le 7 août 2018]. Disponible : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/evolution/population.assetdetail.3222001.html>.

6.3 Types de missions

En ce qui concerne la distribution des résident·e·s par mission (Figure 37, p. 63), le canton de Vaud est le seul à avoir des missions de type H_GER et H_PAA. Il est également celui où la proportion de personnes hébergées en PAA est la plus importante (26%).

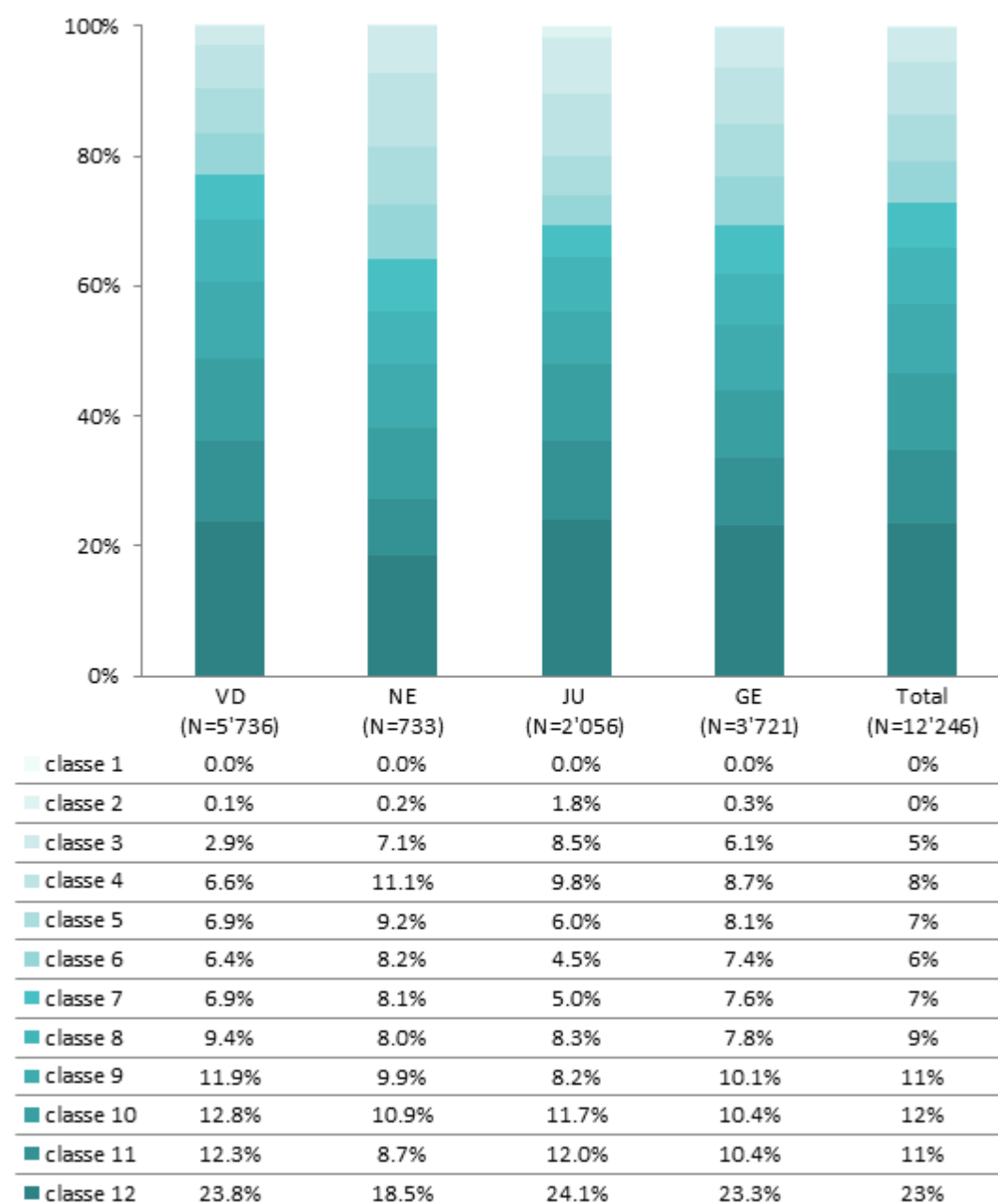
Figure 37 Répartition des résident·e·s par mission et par canton



6.4 Classification OPAS

Le canton de Vaud compte en moyenne davantage de résident·e·s dans les classes OPAS les plus élevées (classes 7 à 12) (Figure 38, p. 64). A l'inverse, Neuchâtel accueille en moyenne plus de résident·e·s appartenant aux classes OPAS les moins élevées (classes 1 à 6).

Figure 38 Douze classes OPAS par canton



12 classes OPAS avec les communications au sujet du bénéficiaire (CSB)

6.5 Conclusion

Le résultat le plus marquant de cette comparaison entre quatre cantons romands concerne la plus forte proportion de résident·e·s en PAA dans le canton de Vaud. Les troubles de la cognition et du comportement associés à cette mission étant probablement tout aussi présents chez les personnes hébergées des autres cantons, la classification de leur établissement ne doit pas suivre le même découpage que celui du canton de Vaud.

Le canton de Neuchâtel a des taux de recours supérieurs à ceux des autres cantons pour les catégories d'âge les plus élevées. Ce résultat peut être mis en relation avec la plus forte proportion de résident·e·s appartenant aux classes OPAS les moins élevés (classes 1 à 6) dans ce canton.

Finalement, si le canton de Vaud ne diffère que peu sur le plan du taux de recours par rapport au canton de Genève, il héberge en comparaison une plus forte proportion de résident·e·s des classes OPAS les plus élevées (classes 7 à 12).

7

Suivi avec la méthode PLAISIR©

7 Suivi avec la méthode PLAISIR©

L'évaluation systématique des résident-e-s en EMS devrait nous permettre de mieux connaître : Les facteurs déclencheurs de la prise en charge en long séjour ; L'évolution de l'état de santé à l'admission ; Le déclin entre la première évaluation (à l'entrée) et la dernière (au décès ou à la sortie). En outre, un suivi suffisamment régulier des résident-e-s pourrait contribuer à l'identification des facteurs associés à une péjoration ou une amélioration de leur état de santé.

Les données PLAISIR© à notre disposition se présentent sous la forme d'un recensement semestrielle (au 31 mai et au 31 octobre de chaque année) de la dernière évaluation des résident-e-s en long séjour médico-social à cette date. Elles sont complétées par un volet supplémentaire, de la dernière évaluation en date pour les personnes décédées ou sorties depuis la dernière extraction. Cette méthode ne fournit pas toutes les évaluations PLAISIR© réalisées durant le semestre. En effet, il est possible qu'un-e résident-e ayant évolué rapidement ait eu une évaluation intermédiaire qui n'y figure pas.

Depuis le mois janvier 2007, la date d'entrée en institution n'est plus consignée. Celle de l'entrée dans l'établissement actuel est bien relevée, mais elle ne permet pas de calculer la durée totale en long séjour. Par ailleurs, il n'y a pas d'information sur la raison de l'évaluation (par exemple : première évaluation à l'admission, réévaluation de suivi, changement d'état, etc.). Un travail de reconstruction de ces deux variables est possible, en identifiant la première apparition d'un-e résident-e dans les données. Il persisterait, toutefois, le doute que la première évaluation n'y figure pas (voir remarque ci-dessus).

Nous avons cherché à établir la proportion de nouvelles évaluations et de réévaluations entre deux extractions consécutives (mai 2016 et octobre 2016). Nous avons trouvé les résultats suivants : 12% de nouvelles évaluations (résident-e-s qui ne figuraient pas dans la base de données lors de l'extraction précédente) ; 20% de réévaluations (résident-e-s avec une nouvelle évaluation depuis la dernière extraction) ; 68% de non réévaluations (résident-e-s avec la même évaluation que lors de l'extraction précédente). Parmi les résident-e-s réévaluées : 15% ont diminué de classe OPAS ; 32% sont resté-e-s dans la même classe OPAS ; 53% ont augmenté de classe OPAS.

Finalement, pour plus de la moitié (57%) des résident-e-s décédé-e-s, nous ne disposons que d'une seule évaluation. Sauf à supposer que toutes ces personnes sont décédées dans le même état de santé qu'à leur admission, il est impossible de faire de comparaison entre l'entrée et le décès en EMS.

En conclusion, les extractions PLAISIR© permettent la comparaison d'une série de coupes transversales de l'état de santé des résident-e-s à un moment donné. Leur utilisation pour le suivi de l'état de santé des individus est fortement limitée. Une partie de ce problème pourrait être résolue en ayant recours à la base de données PLAISIR© complète de l'ensemble des évaluations réalisées. Toutefois, compte tenu du faible nombre d'évaluations entre l'entrée en EMS et le décès, cette éventualité nous paraît elle-même compromise. La durée médiane de séjour étant

d'un peu moins de deux ans^k, le délai d'une évaluation tous les deux ans au minimum nous paraît trop long.

^k Füglistler-Dousse S, Dutoit L, Pellegrini S. Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006 –2013 (Obsan Rapport 67). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé, 2015.

8

Références

8 Références

- 1 Commission intercantonale PLAISIR© [En ligne]. Lausanne (CH). Méthode PLAISIR [cité le 15 mai 2017]. Disponible : <http://www.ctplaisir.ch/ct-methode.html>.
- 2 EROS. PLAISIR Manuel de référence – CH. [En ligne]. Montréal (CA) : c1993-2011 [cité le 15 mai 2017]. Disponible : http://www.erosinfo.com/Produits/PLAISIR/PLAISIRPRA/Guide_PLAISIR_CH.pdf.
- 3 Junger A. L'aide à la décision en matière de politique de santé : Un exemple de l'utilisation de données de nursing. Mémoire de diplôme d'études approfondies en management et analyse des politiques publiques. Genève (CH) : 2001.
- 4 EROS. Guide pour l'interprétation du profil bio-psycho-social et du plan de soins requis du bénéficiaire. [En ligne]. Montréal (CA) : c2013 [cité le 15 mai 2017]. Disponible : http://www.erosinfo.com/Produits/Doc/Plaisir/Guide_Profil_bio-psycho-social-2013-SU-FR.pdf.
- 5 Katz, S. Assessing self-maintenance : Activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1983;31(12):721-726.
- 6 Directive du 25 septembre 2012 concernant le découpage géographique des réseaux de soins. [En ligne] Lausanne (CH) : Département de la santé et de l'action sociale ; 2012 [cité le 15 mai 2017]. Disponible : http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/finchiers_pdf/Directive_25_septembre_2012.pdf.
- 7 Population résidante permanente par classe d'âges quinquennale, sexe et district, Vaud, 1980-2016 © STATISTIQUE VAUD.
- 8 Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. [En ligne] Berne (CH) : Confédération suisse – Droit fédéral ; 31.07.2018 [cité le 20 août 2018]. Disponible : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/201807310000/832.112.31.pdf>.
- 9 Institut de santé et d'économie (ISE). Données PLAISIR© Analyse Transversale Octobre 2015. [En ligne]. Lausanne (CH) : [cité le 15.05.2017]. Disponible (sur demande) : <http://www.ctplaisir.ch/ct-analyses.html>.
- 10 Population résidante permanente selon l'âge, par canton, district et commune, 2010-2016. [En ligne] Neuchâtel (CH) : Office fédéral de la statistique ; 30.08.2017 [cité le 7 août 2018]. Disponible : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/effectif-evolution/population.assetdetail.3222001.html>.
- 11 Füglistler-Dousse S, Dutoit L, Pellegrini S. Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006 –2013 (Obsan Rapport 67). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé, 2015.

- 12 Commission intercantonale PLAISIR©. Table de concordance des actions de soins PLAISIR avec l'art 7 OPAS (Révision 2010). [En ligne]. Lausanne (CH) : [cité le 15 mai 2017]. Disponible : http://www.ctplaisir.ch/table_concordance.pdf.
- 13 Commission intercantonale PLAISIR©. Accord transactionnel réglant le financement des temps de communication au sujet du bénéficiaire (CSB) pour l'année 2016. [En ligne]. Lausanne (CH) : [cité le 15 mai 2017]. Disponible : http://www.ctplaisir.ch/accord_transactionnel_convention2016_signataires.pdf.
- 14 Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. [En ligne] Berne (CH) : Confédération suisse – Droit fédéral ; 31.07.2018 [cité le 20 août 2018]. Disponible : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/201807310000/832.112.31.pdf>.

9

Annexes

9 Annexes

9.1 Définitions¹

Parmi l'ensemble des informations collectées par l'outil d'évaluation PLAISIR©, une sélection a été opérée dans le cadre de ce rapport. Le choix s'est porté en premier lieu sur les données de la première partie du FRAN qui évalue le profil bio-psycho-social des résident·e·s. Nous y avons retenu les dimensions généralement relevées par les instruments d'évaluation gériatrique, soit : les activités de base de la vie quotidienne, la mobilité physique, le risque de chute, les compensations mécaniques, l'incontinence, les troubles cognitifs, les troubles du comportement, les troubles de l'humeur et les moyens de protection/contention.

9.1.1 Missions

Établissements médico-sociaux - homes médicalisés (GER)

Institutions qui soignent des personnes âgées nécessitant des soins et/ou des malades chroniques. Ces institutions sont autorisées à fournir des prestations LAMal pour une longue durée.

Unités hospitalières de psychogériatrie en hôpital psychiatrique (H_PAA)

Ces unités ont une mission spécialisée d'accueil de personnes souffrant de troubles psychogériatriques, mais se trouvent dans un hôpital psychiatrique.

Homes médicalisés spécialisés dans la gérontopsychiatrie (PAA)

Ces établissements ont une mission spécialisée d'accueil de personnes souffrant de troubles psychogériatriques.

Unités hospitalières – lits C (H_GER)

Ces unités ont une mission spécialisée d'accueil de moyenne à longue durée et se trouvent dans un hôpital de soins généraux.

¹ EROS. PLAISIR Manuel de référence – CH. [En ligne]. Montréal (CA) : c1993-2011 [cité le 15 mai 2017].
Disponible : http://www.erosinfo.com/Produits/PLAISIR/PLAISIRPRA/Guide_PLAISIR_CH.pdf.

Institutions pour handicapés

Dans le cadre de PLAISIR©, ces établissements ont une mission spécialisée d'accueil à long terme de personnes handicapées jeunes et moins jeunes demandant des soins.

Établissements pour traitements psychosociaux

Institutions qui prennent en charge des personnes présentant des troubles d'ordre psychique et qui nécessitent un traitement et une assistance psychosociale.

9.1.2 Prestations requises

Toutes les prestations ne font pas l'objet d'un remboursement au titre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). La CT PLAISIR© a établi une table de concordance entre les actions de soins PLAISIR© et les trois catégories reconnues au sens de l'article 7 alinéa 2 de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS)^m : 1. Evaluation, conseils et coordination (OPAS 7a) ; 2. Examens et traitements (OPAS 7b) ; 3. Soins de base (OPAS 7c).

Le calcul des minutes de soins nettes (MSN) correspond à la somme de l'ensemble de ces prestations et comprend également une partie du temps de communications au sujet du bénéficiaire (CSB)ⁿ. Celui-ci est calculé à partir des données du profil de la personne et fait depuis quelques années l'objet d'un accord transactionnel annuel entre les cantons romands (GE, JU, NE et VD) et les assureurs signataires. Ces derniers acceptent que 75% du temps des CSB soit mis à la charge de l'assurance obligatoire des soins et soit donc payé aux EMS.

Le financement de ces prestations est pris en charge sur la base d'une répartition en douze niveaux (OPAS art.7a, al.3) de la somme des minutes de prestations par jour. A chaque bénéficiaire correspond donc une classe OPAS de 1 à 12, pour le financement des prestations de soins requises.

9.1.3 Services reçus

Les prestations reçues touchent à la réadaptation et aux prestations médicales. Leur distinction par rapport aux prestations requises est justifiée selon EROS^o par le fait que comme elles ne représentent que 10 à 20% des ressources globalement requises, des évaluations professionnelles de leur durée requise seraient trop onéreuses. L'idée retenue a donc été de documenter les soins reçus plutôt que les soins requis dans ces domaines.

^m Commission intercantonale PLAISIR©. Table de concordance des actions de soins PLAISIR avec l'art 7 OPAS (Révision 2010). [En ligne]. Lausanne (CH) : [cité le 15 mai 2017]. Disponible : http://www.ctplaisir.ch/table_concordance.pdf.

ⁿ Commission intercantonale PLAISIR©. Accord transactionnel réglant le financement des temps de communication au sujet du bénéficiaire (CSB) pour l'année 2016. [En ligne]. Lausanne (CH) : [cité le 15 mai 2017]. Disponible : http://www.ctplaisir.ch/accord_transactionnel_convention2016_signataires.pdf.

^o EROS. PLAISIR Manuel de référence – CH. [En ligne]. Montréal (CA) : c1993-2011 [cité le 15 mai 2017]. Disponible : http://www.erosinfo.com/Produits/PLAISIR/PLAISIRPRA/Guide_PLAISIR_CH.pdf.

Thérapies de réadaptation

Les thérapies de réadaptation comprennent les services reçus de physiothérapie, d'ergothérapie et/ou d'orthophonie. Ces services sont donnés dans le but de maintenir ou d'augmenter les capacités ou les fonctions physiques, psychologiques ou sociales. Le nombre de minutes de soins reçus par semaine doit être précisé pour chaque thérapie lors de l'évaluation.

Soins infirmiers de réadaptation

Les soins infirmiers de réadaptation correspondent aux interventions effectuées par le personnel infirmier dans le but d'augmenter l'indépendance des résident-e-s pour une ou plusieurs des activités de la vie quotidienne. Il peut s'agir aussi d'interventions effectuées par le personnel infirmier dans le but de maintenir l'autonomie de la personne. Les catégories d'activités pour lesquelles un entraînement peut être reçu sont les suivantes : 1. L'alimentation ; 2. L'élimination (utilisation des toilettes, vase de lit, urinal, rééducation vésicale) ; 3. Les soins d'hygiène et l'habillement ; 4. Les déplacements (marche, utilisation autonome d'un fauteuil roulant) et la mobilisation au lit ; 5. Les transferts. Le nombre de jours par semaine où les thérapies ont été reçues doit être précisé lors de l'évaluation. Cette fréquence est quasi systématiquement de 7 jours sur 7, pour tous les soins infirmiers de réadaptation.

Traitements particuliers reçus

Les traitements particuliers reçus comprennent les thérapies suivantes : chimiothérapie, radiothérapie, inhalothérapie, dialyse, transfusion, alimentation parentérale, ulcère de stase (variqueux), ulcère de pression (escarre) 1° et 2° degré, ulcère de pression (escarre) 3° et 4° degré, soins pédieux. Ils peuvent être reçus dans l'établissement ou à l'extérieur de celui-ci.

9.1.4 Troubles cognitifs

Mémoire récente

Cette dimension fait référence à la capacité de l'individu de retenir de nouvelles données. Elle peut se mesurer par la difficulté ou l'incapacité de nommer des objets quelques minutes après qu'ils aient été mentionnés.

Prise de décision

Cette dimension fait référence à la capacité de l'individu de prendre des décisions relatives aux tâches ou aux activités de la vie de tous les jours.

Se faire comprendre

Cette dimension fait référence à la capacité de l'individu d'exprimer et de communiquer ses besoins, ses opinions, ses problèmes et d'avoir une conversation sociale. On tiendra compte ici de l'utilisation du langage, de l'écriture, des signes ou d'une combinaison de ces moyens d'expression.

Comprendre les autres

Cette dimension fait référence à la capacité de l'individu de comprendre l'information verbale. Il s'agit ici d'évaluer la capacité de l'individu de comprendre et non d'entendre.

9.1.5 Troubles du comportement

Agressivité physique

Problème caractérisé par l'usage des mains, des pieds, de la tête ou du corps pour attaquer quelqu'un (pousser, faire tomber, griffer), par le lancement ou le bris d'objets, par les crachats, etc. L'agressivité physique peut être dirigée contre un membre du personnel, un visiteur ou un-e autre résident-e.

Agressivité verbale

Problème caractérisé par des injures, des insultes, des cris, des jurons, des gros mots, des obscénités dirigés contre autrui (personnel, visiteur, résident-e).

Dérange les autres

Comportement inadéquat vis-à-vis des autres résident-e-s et des visiteurs à l'exclusion de l'agressivité (voir ci-dessus); sollicitations verbales ou physiques répétées, fouille dans les chambres des autres résident-e-s, chapardage, cris, etc.

Agitation

Problème caractérisé par des demandes constantes d'attention, des plaintes multiples, des appels répétés. La personne agitée ne peut rester en place, elle fait les « cent pas », tourne en rond, se balance frénétiquement, joue continuellement avec ses mains, etc.

Errance

Déambulations constantes ou fréquentes sans but précis, qui peuvent comporter ou non des dangers pour la personne.

9.1.6 Troubles de l'humeur^P

Anxiété persistante

Malaise psychique caractérisé par une crainte diffuse et des sensations pénibles, et provenant de l'impression chez l'individu que l'ensemble d'une situation lui échappe. L'anxiété est dite persistante si elle est présente depuis au moins sept jours et si elle n'est pas diminuée significativement par l'écoute et le support apportés à l'individu.

Tristesse

État affectif pénible et douloureux, mais calme. Cet état peut se caractériser par les symptômes suivants : refus de participer aux activités ou à ses soins d'hygiène, profonds soupirs, larmes aux yeux, abattement, traits affaissés, etc. Par sa nature même, la tristesse a un caractère durable, permanent.

Manifestations de chagrin

Expressions verbales ou non verbales qui montrent que l'individu souffre psychologiquement. Le chagrin n'a pas le caractère durable de la tristesse et, en général, il est relié à un ou des événements précis, passés ou présents.

Retrait

Repliement sur elle-même de la personne, qui ressent le besoin de se protéger. L'individu en retrait tend à éviter les contacts et participe peu aux activités.

9.1.7 Moyens de protection/contention

Les moyens de protection/contention sont administrés à la personne dans le but de limiter ses mouvements, ses déplacements et de la protéger contre elle-même ou les autres. Lorsque ceux-ci sont employés, leur fréquence d'utilisation, au cours de la semaine d'évaluation, est relevée : un à trois jours pour de courtes périodes de temps seulement (« Rarement ») ; plus de trois jours pour de courtes périodes de temps seulement ou un à trois jours la plupart du temps (« Parfois ») ; plus de trois jours la plupart du temps (« Souvent »).

^P Parmi les autres troubles de l'humeur relevés par la méthode PLAISIR© : « réveil prématuré et de mauvaise humeur », « pense souvent à la mort (crainte irraisonnée) » et « hypersomnie (éveillé 7h ou moins/jour) », n'ont pas été retenus, car en comparaison leur prévalence est très faible (entre 1% et 2% sur l'ensemble du canton).

9.1.8 Activités de base de la vie quotidienne

La première partie du FRAN contient une échelle de l'indépendance pour les activités de base de la vie quotidienne (AVQ). Néanmoins, elle ne correspond pas aux échelles couramment utilisées pour l'évaluation de cette capacité fonctionnelle selon Katz⁹. Il est, toutefois, possible de reconstruire grossièrement et en partie ces indicateurs sur la base des données de la seconde partie de l'instrument qui porte sur les actions de soins requises (Tableau 3, p. 82).

Tableau 3 Reconstruction des variables pour les AVQ

Manger, boire		
Indépendant(e)	1001 INDEPENDANCE/AUTONOMIE alimentation = 2 (oui) ou Max [mode = 1] ou Max [mode = 2] ou Max [non requis]	1040 DEJEUNER 1050 DINER
Dépendant(e)	Max [mode = 3] ou présence constante [W = 2]	1060 SOUPER 1070 COLLATION 1080 HYDRATATION 1120 INSTALLATION, CHANGEMENT DU SAC DE GAVAGE 1130 SUREVEILLANCE DU GAVAGE
Mobilité dans le lit		
Indépendant(e)	4001 INDEPENDANCE/AUTONOMIE mobilisation = 2 (oui) ou 4052 [mode = 1] ou 4052 [non requis]	4052 INSTALLATION/POSITIONNEMENT DANS LE LIT
Dépendant(e)	4052 [mode = 2] ou 4052 [mode = 3]	

⁹ Katz, S. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. Journal of the American Geriatrics Society. 1983;31(12):721-726.

Déplacements sur le même étage			
Indépendant(e)	Indépendance pour	Marche à l'intérieur sur le même étage Déplacements en chaise roulante sur le même étage	<u>OU</u>
Dépendant(e)	Dépendance pour	Marche à l'intérieur sur le même étage Déplacements en chaise roulante sur le même étage	<u>ET</u>
Marche à l'intérieur sur le même étage			
Indépendant(e)	{8. Fauteuil roulant autonome; 9. Fauteuil roulant (avec aide); 10. Fauteuil roulant (motorisé); 11. Fauteuil gériatrique; <u>non requis</u> comme compensation mécanique la plus utilisée [COMPENSA_1] ou comme seconde compensation la plus utilisée [COMPENSA_2] si la première est la 12. cigogne, verticalisateur} & {4030 [non requis] ou 4030 [mode = 1]} & G. MOBILITE PHYSIQUE < 8	4030 MARCHER AVEC AIDE DANS LE CORRIDOR	
Dépendant(e)	{8. Fauteuil roulant autonome; 9. Fauteuil roulant (avec aide); 10. Fauteuil roulant (motorisé); 11. Fauteuil gériatrique; <u>non requis</u> comme compensation mécanique la plus utilisée [COMPENSA_1] ou comme seconde compensation la plus utilisée [COMPENSA_2] si la première est la 12. cigogne, verticalisateur} & {(4030 [non requis] ou 4030 [mode = 1]) & (G. MOBILITE PHYSIQUE >= 8)] ou 4030 [mode = 2]}		
Activité non accomplie	{8. Fauteuil roulant autonome; 9. Fauteuil roulant (avec aide); 10. Fauteuil roulant (motorisé); 11. Fauteuil gériatrique; requis comme compensation mécanique la plus utilisée ou comme seconde compensation la plus utilisée si la première est la 12. cigogne, verticalisateur}		

Déplacements en chaise roulante sur le même étage

Indépendant(e) {8. Fauteuil roulant autonome; 10. Fauteuil roulant (motorisé); requis comme compensation mécanique la plus utilisée [COMPENSA_1] ou comme seconde compensation la plus utilisée [COMPENSA_2] si la première est la 12. cigogne, verticalisateur}
& G. MOBILITE PHYSIQUE < 8

Dépendant(e) {[8. Fauteuil roulant autonome; 10. Fauteuil roulant (motorisé); requis comme compensation mécanique la plus utilisée ou comme seconde compensation la plus utilisée si la première est la 12. cigogne, verticalisateur] & G. MOBILITE PHYSIQUE >= 8}
ou {9. Fauteuil roulant (avec aide); 11. Fauteuil gériatrique; requis comme compensation mécanique la plus utilisée ou comme seconde compensation la plus utilisée si la première est la 12. cigogne, verticalisateur}

Activité non accomplie {8. Fauteuil roulant autonome; 9. Fauteuil roulant (avec aide); 10. Fauteuil roulant (motorisé); 11. Fauteuil gériatrique; non requis comme compensation mécanique la plus utilisée ou comme seconde compensation la plus utilisée si la première est la 12. cigogne, verticalisateur}

Tansferts		
Indépendant(e)	4001 INDEPENDANCE/AUTONOMIE mobilisation = 2 (oui) ou Max [mode = 1] ou Max [non requis]	
Dépendant(e)	Max [mode = 2] ou Max [mode = 3]	4010 LEVER AVEC AIDE (y.c. déplacement dans la chambre) 4015 COUCHER AVEC AIDE (y.c. déplacement dans la chambre) 4020 LEVER AVEC CYGOGNE 4025 COUCHER AVEC CYGOGNE
Activité non accomplie	G. MOBILITE PHYSIQUE = 9 & Max [non requis] & 4001 INDEPENDANCE/AUTONOMIE mobilisation = [non requis]	
Utilisation des toilettes		
Indépendant(e)	2001 INDEPENDANCE/AUTONOMIE élimination = 2 (oui) ou Max [mode = 1] ou Max [non requis] ou Max [mode = 2]	2030 URINAL 2040 VASE DE LIT 2051 TOILETTE 2052 CHAISE PERCEE 2061 SOINS D'INCONTINENCE URINAIRE 2065 DONNER LES PROTECTIONS (résidant indépendant) 2090 INSTALLATION DE CONDOM 2071 SOINS D'INCONTINENCE FECALE 2120 DRAINAGE DU SAC COLLECTEUR 2210 REMPLACEMENT DU SAC 2220 ENTRETIEN OU REMPLACEMENT DU SAC JETABLE
Dépendant(e)	Max [mode = 3] ou présence constante [W = 2]	
S'habiller		
Indépendant(e)	Max [mode = 1] ou Max [non requis]	3181 HABILLAGE
Dépendant(e)	Max [mode = 2] ou Max [mode = 3] ou présence constante [W = 2]	3191 DESHABILLAGE

9.1.9 Mobilité physique

La mobilité physique se définit comme la capacité de l'individu de se déplacer efficacement dans son environnement. Pour mesurer cette capacité, on tient compte de l'usage autonome de compensations de type mécanique (prothèse, orthèse, canne, cadre de marche, fauteuil roulant, etc.), mais non de l'aide apportée par autrui.

9.1.10 Risque de chute

Une personne est à risque de chute si elle a des faiblesses aux jambes qui la font chanceler, des vertiges qui la font vaciller ou tout autre problème qui entraîne des troubles d'équilibre. Un risque de chute compensé sera considéré comme une absence de risque de chute. De même, si elle est en fauteuil roulant et qu'elle a les capacités physiques et la technique adéquate pour faire ses transferts seule et qu'elle agit de façon sécuritaire, alors elle n'est pas à risque de chute.

9.1.11 Compensations mécaniques

Les compensations décrivent les aides mécaniques utilisées par la personne présentant une diminution ou une perte de la capacité d'usage d'un ou plusieurs membres ou l'altération de la vision. L'aide d'une autre personne n'est pas à considérer comme une compensation. Lorsque plusieurs compensations sont utilisées, elles sont renseignées par leur ordre d'importance (la première étant celle la plus fréquemment utilisée).

9.1.12 Incontinence

La première partie du FRAN ne contient pas de question sur l'incontinence urinaire ou fécale. Il est, toutefois, possible de reconstruire grossièrement et en partie ces variables sur la base des données de la seconde partie de l'instrument qui porte sur les actions de soins requises (Tableau 4, p. 86).

Tableau 4 Reconstruction des variables pour l'incontinence

Incontinence urinaire	
non	<u>Pas de :</u> 2061 Soins d'incontinence urinaire (couches, culottes) <u>Ni de :</u> 2065 Donner les protections résidant indépendant
oui	2061 Soins d'incontinence urinaire (couches, culottes) = [mode 2 ou mode 3] OU: 2065 Donner les protections résidant indépendant = [mode 1]
Incontinence fécale	
non	<u>Pas de :</u> 2071 Soins d'incontinence fécale
oui	<u>Présence de :</u> 2071 Soins d'incontinence fécale = [mode 3]

