Réseau Santé NORD BROYE

RESEAU BALCON DU JURA.vd Santé

Rapport final

Pôle Régional Santé - Gériatrie transverse

Développement clinique des compétences des soignants de première ligne auprès de la personne âgée

MAI 2019

Charlène Roussey

Infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie

Table des matières

1 Rappel du contexte 3
1.1 Evolution démographique 3
1.2 Historique du projet 3
1.3 Cadre de référence 4
1.4 But du projet « gériatrie transverse » 4
1.5 Vision globale « gériatrie transverse » 4
2 Développement clinique des compétences des soignants de première ligne auprès de la personne âgée 5
2.1 Objectifs principaux 5
2.2 Processus de prise en charge 6
2.3 Activités globales de la gestion de projet 8
2.4 Activités spécifiques 8
2.5 Groupe de travail 9
3 Résultats attendus sur le processus 10
3.1 Indicateurs / résultats attendus 10
3.2 Principaux résultats obtenus montrant l'amélioration de la qualité des soins 12
3.2.1 Suivi de l'état fonctionnel 12
3.2.2 Durée moyenne de séjour 13
3.2.3 Amélioration continue de la qualité des soins : chutes / escarres 14
4 Recommandations 15
5 Conclusion et perspectives 18
6 Références 19
7 Glossaire 20

1 Rappel du contexte

1.1 Evolution démographique

Selon la Santé Publique : « En 2030, un Vaudois sur cinq aura plus de 65 ans. À cette date, la proportion des personnes âgées de 80 ans et plus aura augmenté de 75%. »[1]
Conscient de cette évolution, le canton de Vaud élabore un programme de législature « Vieillissement et santé ». Ce programme incite donc les hôpitaux à s'adapter au nouveau contexte épidémiologique par un ensemble de mesures, dont une visant à limiter les effets néfastes de l'hospitalisation sur l'indépendance fonctionnelle et l'autonomie des patients âgés.

A ce jour, les récents travaux Statistique Vaud[2] montrent que d'ici 2040, le nombre de séniors (65ans et plus) va s'accroitre de près de 75% (de 125800 à 218000 personnes). Parmi eux, les plus âgés (80ans et plus) vont quasi doubler (de 36000 personnes à 70000 personnes). Ces éléments sont étayés dans le rapport 2018-2022 de la santé publique.[3]
Dans son plan de législature, le Conseil d'Etat a identifié, pour le système de santé, l'objectif principal suivant : « préparer le système de soin au vieillissement de la population, tout en contenant l'évolution des coûts de la santé ».

En 2018, dans le service de médecine-chirurgie du Réseau Santé Balcon Jura (RSBJ), sur l'ensemble des hospitalisations, soit 723, nous pouvons souligner que 331 patients étaient âgés de plus de 70 ans, soit environ la moitié.

1.2 Historique du projet

En 2015, pour répondre à cette politique cantonale, le conseil d'administration du RSBJ donne l'impulsion pour développer le projet « Soins Aigus Aux Seniors » (SAS), la démarche, menée par Dr Daher, intègre le plan stratégique du RSBJ 2014-2020.

C'est en 2016 que le projet se réoriente pour développer des soins gériatriques spécialisés appelés « lits dédiés ».

L'infirmière clinicienne, Charlène Roussey, a pour mission, en tant que cheffe de projet, de repenser la philosophie de soins en milieu hospitalier afin d'améliorer la qualité des soins et de répondre aux besoins de nos aînés de plus de 70 ans. Notre approche ne peut pas être que médicale, ciblée sur l'amélioration d'une pathologie aigue, mais elle doit intégrer un modèle biopsychosocial centré sur la personne et ses propres objectifs. L'adaptation des soins et des services à une patientèle de plus en plus vulnérable est nécessaire pour mieux répondre à ses besoins.

Dans cette démarche, le RSBJ fait partie intégrante du PRS (Pôle Régional Santé), pour développer un modèle transverse de processus clinique gériatrique spécialisé, permettant d'offrir aux personnes âgées, des soins gériatriques de qualité, d'assurer la continuité de leurs soins et d'éviter des hospitalisations inappropriées.

---

[1] http://www.vd.ch/themes/sante/organisation/programmes-de-sante-publique/vieillissement-et-sante/

[2] Statistique Vaud (2017), Prospectif n°3. Prise en charge médico-sociale et sanitaire des seniors à l'horizon 2040. Septembre 2017. Lausanne.

[3] Info.santepublique@vd.ch

1.3 Cadre de référence

La littérature souligne l'importance de mettre en place des recommandations de bonnes pratiques pour les raisons suivantes :
- Environ 30%-40% des patients âgés hospitalisés, de plus de 70 ans en soins aigus développent des dépendances dans une ou plusieurs AVQ (Covinsky et al, 2011)
- 3 mois après la sortie de l'hôpital, 19 % des patients rapportent des pertes d'autonomie nouvelles. (Sager et Rudberg, 1998).
- Une année après la sortie de l'hôpital, moins de la moitié des personnes âgées ont retrouvé leur niveau d'autonomie antérieur (Covinsky et al,2011).

En s'appuyant sur le cadre de référence du Québec « approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier », sur une revue de littérature détaillée dans les références, et sur les recommandations de la Santé Publique, 2 axes stratégiques sont à développer :

- L'offre en soin standard des soignants de 1ère ligne
- L'offre en soins spécialisée des soignants de 2ème ligne

L'analyse globale fait ressortir l'importance du développement initial d'une culture gériatrique permettant d'accroitre les compétences de base des équipes pluridisciplinaires, et d'améliorer la prise en soins des personnes âgées, en répondant à leurs besoins et à leurs difficultés.

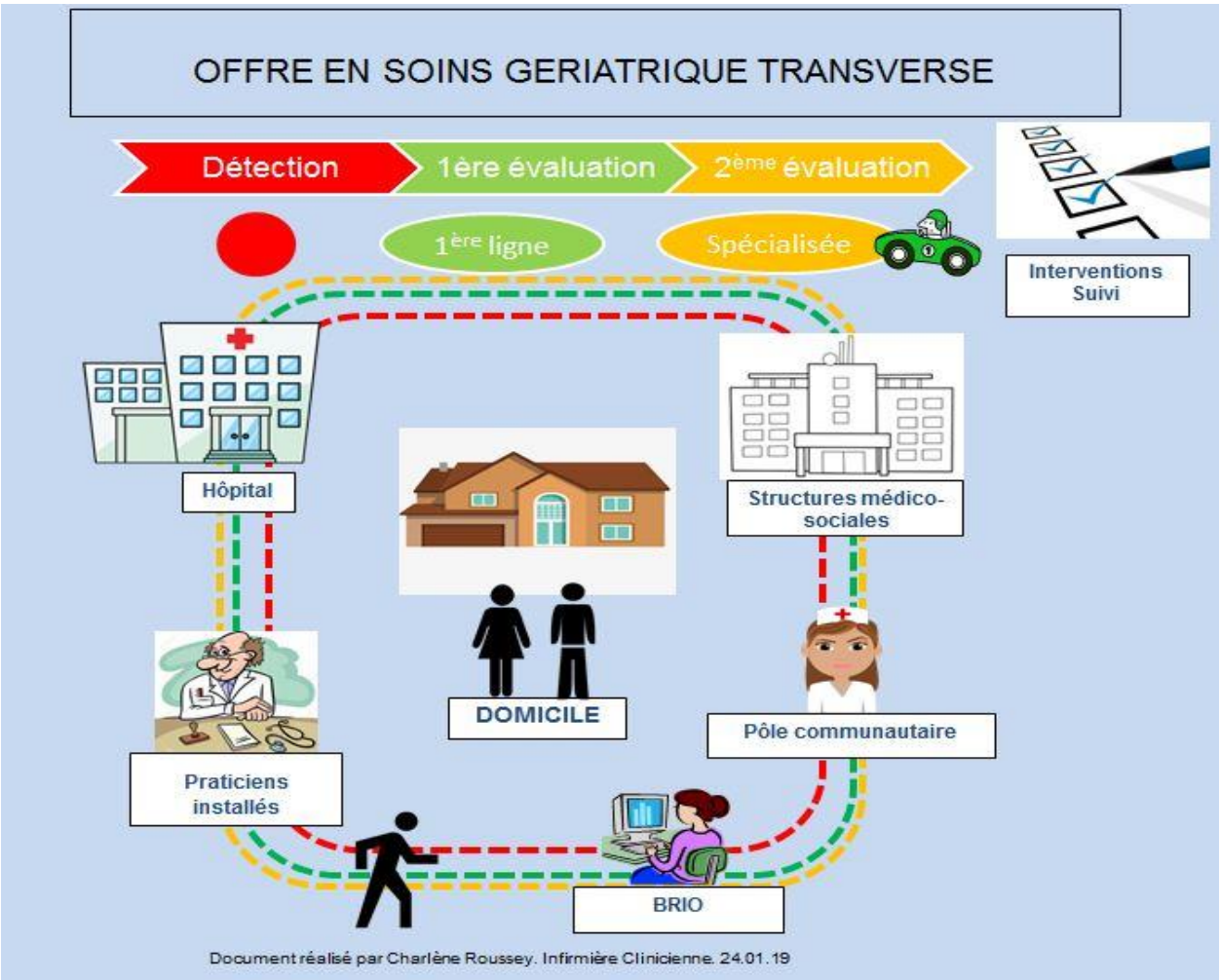
Cet axe, actuellement terminé, fait l'objet d'un rapport final détaillé ci-dessous.

1.4 But du projet « gériatrie transverse »

Définir et mettre en place des processus de soins gériatriques, maintenir l'autonomie fonctionnelle des séniors et répondre à leurs besoins en promouvant la continuité des soins dans la communauté.

1.5 Vision globale « gériatrie transverse »

Une détection, puis une première évaluation auprès des personnes détectées à risque seront pratiqués aux différentes portes du Réseau. Dans un deuxième temps, si besoin, une évaluation spécialisée sera réalisée par une équipe pluridisciplinaire. Cette équipe pourra intervenir tant auprès des patients vulnérables et dépendants que pour soutenir les équipes et proposer des recommandations de prise en soins.



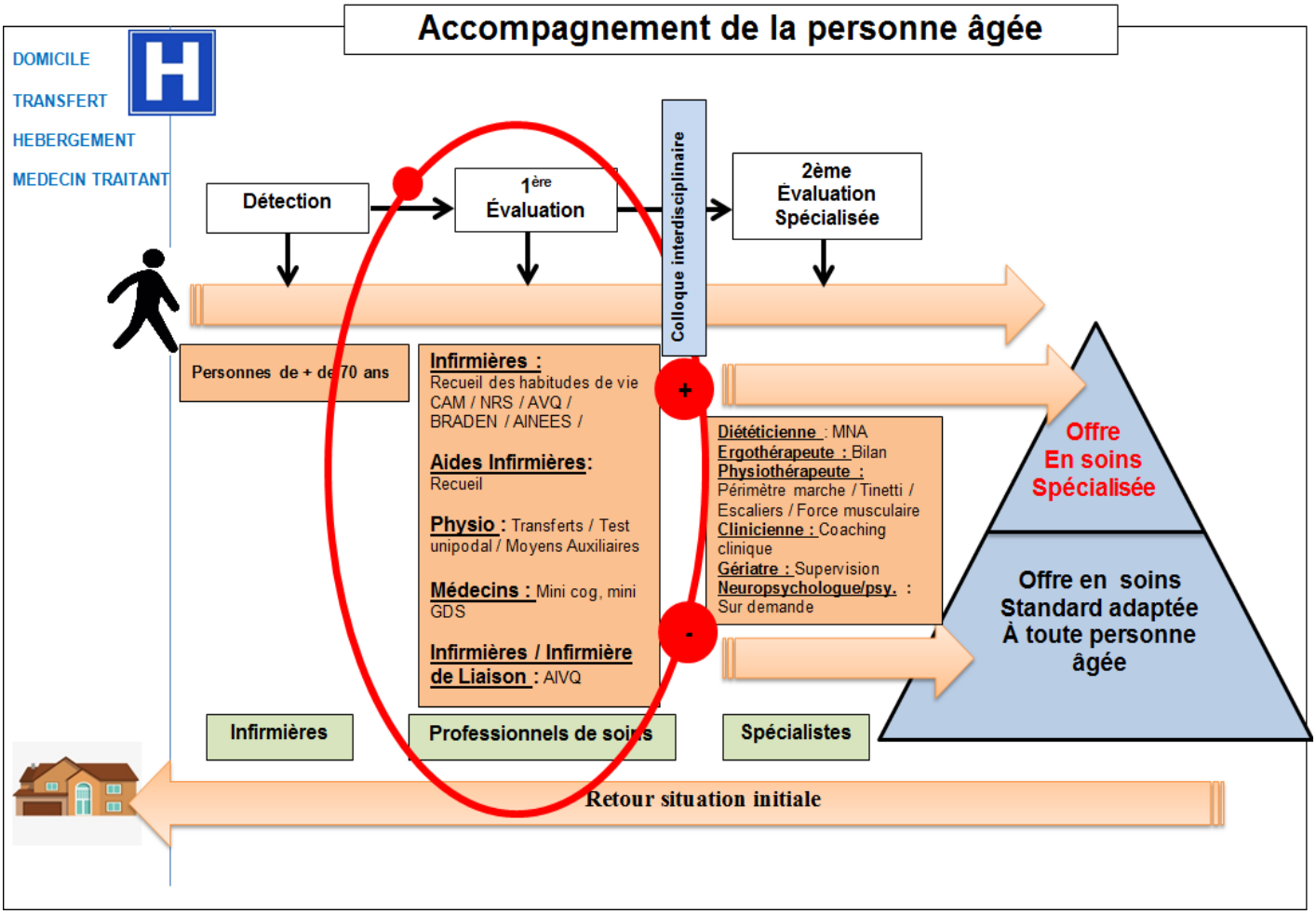
2 Développement clinique des compétences des soignants de première ligne auprès de la personne âgée

2.1 Objectifs principaux

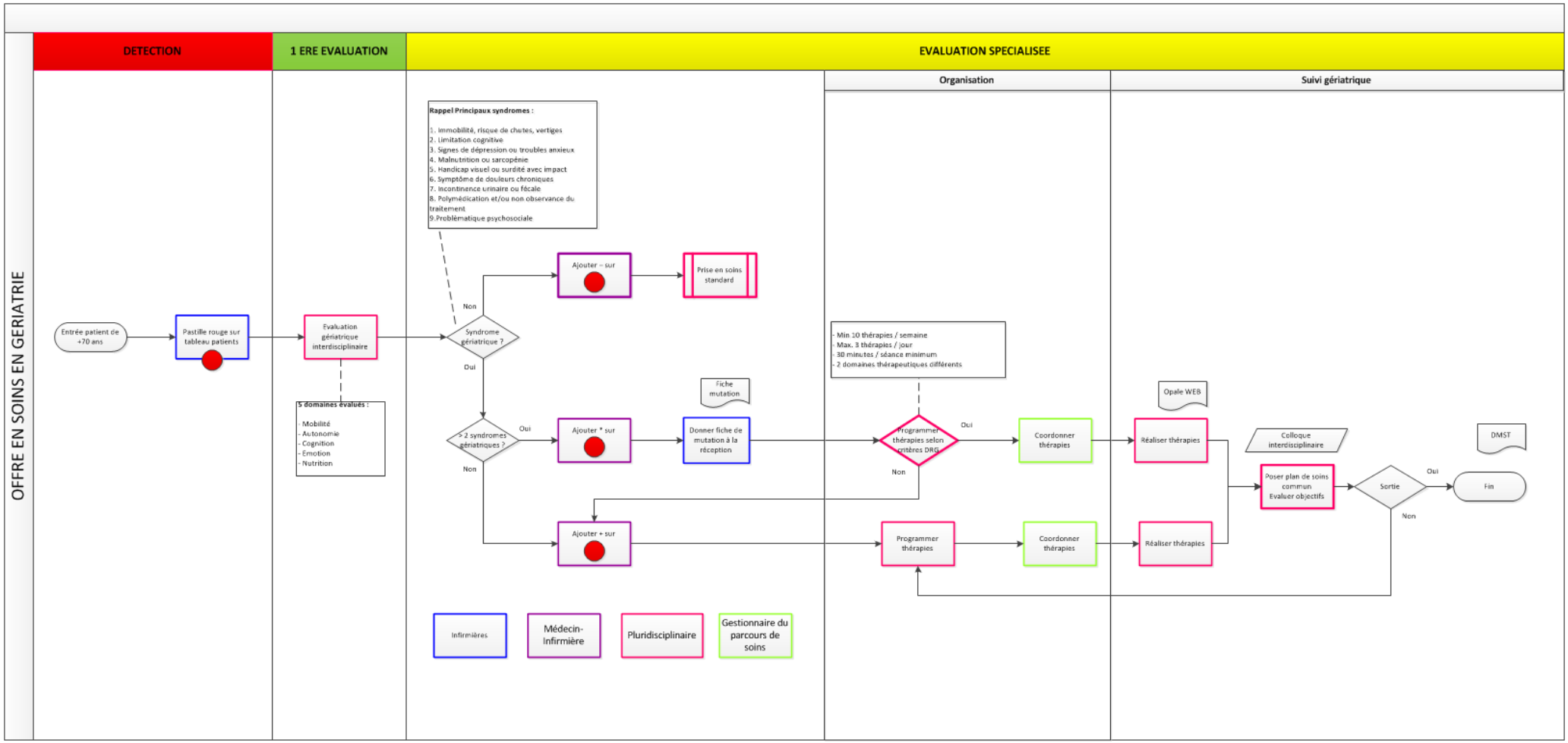
- Optimiser les processus de prise en soin des séniors, afin de promouvoir le maintien de l'autonomie fonctionnelle et préserver leur indépendance
- Réduire les risques de déclin fonctionnel en agissant de manière proactive dès l'entrée du patient à l'aide d'une première évaluation mettant en évidence la présence de syndrome gériatrique
- Faire évoluer les pratiques professionnelles et adopter des processus de soins spécifiques aux besoins des personnes âgées
- Développer une prise en soins interdisciplinaire impliquant le patient et / ou ses proches aidants
- Optimiser la continuité des soins au sein des partenaires de la région

2.2 Processus de prise en charge

Sur la base des processus cliniques communs élaborés dans le contexte de la gériatrie régionale, les rôles, responsabilités et procédures au RSBJ ont pu être modélisés (cf figure ci-dessous).
Une évaluation initiale et globale des facteurs de risques de déclin fonctionnel du patient sera réalisée à l'entrée, puis un suivi quotidien des difficultés et des besoins sera planifié.
Les équipes médico-soignantes seront outillées pour réaliser une détection et une première évaluation nécessaire à la mise en place d'interventions individualisées, discutées lors du colloque interdisciplinaire et faisant l'objet d'un plan de soins pour le patient (Offre en soins standard).



L'élaboration d'un logigramme (cf. ci-dessous) identifie le rôle de chaque professionnel dans ce processus.


OFFRE EN SOINS EN GERIATRIE
DETECTION
1 ERE EVALUATION
EVALUATION SPECIALISEE
Organisation
Suivi gériatrique
Entrée patient de +70 ans
Pastille rouge sur tableau patients
Evaluation gériatrique interdisciplinaire
5 domaines évalués :
- Mobilité
- Autonomie
- Cognition
- Émotion
- Nutrition
Rappel Principaux syndromes :
1. Immobilité, risque de chutes, vertiges
2. Limitation cognitive
3. Signes de dépression ou troubles anxieux
4. Malnutrition ou sarcopénie
5. Handicap visuel ou surdité avec impact
6. Symptôme de douleurs chroniques
7. Incontinence urinaire ou fécale
8. Polymédication et/ou non observance du traitement
9.Problématique psychosociale
Syndrome gériatrique ?
Non
Oui
Ajouter – sur
Prise en soins standard
> 2 syndromes gériatriques ?
Oui
Non
Ajouter * sur
Fiche mutation
Donner fiche de mutation à la réception
Ajouter + sur
- Min 10 thérapies / semaine
- Max. 3 thérapies / jour
- 30 minutes / séance minimum
- 2 domaines thérapeutiques différents
Programmer thérapies selon critères DRG
Oui
Non
Coordonner thérapies
Programmer thérapies
Coordonner thérapies
Opale WEB
Réaliser thérapies
Réaliser thérapies
Colloque interdisciplinaire
Poser plan de soins commun Evaluer objectifs
Sortie
Oui
Non
DMST
Fin
Infirmières
Médecin-Infirmière
Pluridisciplinaire
Gestionnaire du parcours de soins

2.3 Activités globales de la gestion de projet

Le déploiement de l'axe « développement clinique des compétences des soignants de première ligne » a débuté en mai 2016. Une comparaison entre l'état des lieux des pratiques du service et les recommandations de bonnes pratiques figurant dans le cadre de référence, a permis de dégager 3 axes d'interventions :

- Définir les processus de soins et l'organisation

- Renforcer le rôle et les compétences gériatriques de chaque professionnel

- Responsabiliser le patient (et ses proches aidants) dans son plan de soins

Un groupe de travail a été constitué en septembre 2016, permettant de faire avancer et valider, en interdisciplinarité, les différents travaux nécessaires à l'atteinte des objectifs.

Pour l'ensemble du projet, un COPIL fut le garant du processus et de la cohérence régionale du projet.

2.4 Activités spécifiques

Les 3 axes détaillés ci-dessous, appuyés par la littérature, font l'objet d'une co-construction des différentes actions au sein du groupe de travail (GT) interne RSBJ. Le détail des actions figure dans le rapport intermédiaire datant de septembre 2018.

AXES	**BUT**	**ACTIONS**
Définir les processus de soins et l'organisation	Changer la philosophie de soins en intégrant un modèle biopsychosocial centré sur la personne et ses propres objectifs Adapter des soins et des services à une patientèle vulnérable	Identification d'un itinéraire clinique Clarification d'une première évaluation gériatrique interdisciplinaire Identification des outils nécessaires à la première évaluation Création d'un colloque interdisciplinaire Adaptation du Dossier Patient Informatisé (DPI) répondant aux besoins d'une prise en charge gériatrique Amélioration de la documentation des soins via le Dossier Patient Informatisé (DPI) Soarian
Renforcer le rôle et les compétences gériatriques de chaque soignant	Accroitre les compétences de base en gériatrie des équipes pluridisciplinaires Développer une culture	Depuis 2016, élaboration d'un plan de formation annuel pour tout le personnel (Diet., Ergo., Physio., Aides infirmières,

	gériatrique Améliorer la qualité des soins	Infirmières, Médecins) <u>Formation en 2 temps :</u> - phase de sensibilisation puis - apport de contenu gériatrique Formation sur les outils à utiliser avec identification des recommandations de bonnes pratiques Mise en place d'un coaching clinique quotidien Analyse de situations complexes Soutien, accompagnement des soignants Suivi de la mise en place des recommandations de bonnes pratiques dans les dossiers de soins Dispense de formations flash et rappels de bonnes pratiques Création de pockets, en soutien aux collaborateurs dans ce changement de pratiques
Responsabiliser le patient et ses proches aidants dans son plan de soins	Améliorer la prise en soins des personnes âgées en répondant à leurs besoins et à leurs difficultés	Renforcer la communication soignant soigné Intégrer les proches aidants dans la prise en charge de leur parent Veiller à ce que le patient soit acteur dans son plan de soins

2.5 Groupe de travail

Fondé sur une co-construction interdisciplinaire, une structure de travail a été mise en place, permettant de mener à bien les 3 axes d'intervention :

- Un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué, permettant de faire avancer les travaux et de valider et d'adapter les recommandations du cadre de référence au milieu hospitalier, et plus particulièrement dans un premier temps au service des soins aigus du RSBJ. Pour débuter, la fréquence des séances était planifiée à raison d'une par semaine essentiel pour donner les premières impulsions.

  Le cahier des charges de chaque professionnel a été mis à jour pour répondre aux besoins du projet.

- La constitution d'un COPIL a permis de superviser les différentes étapes tout en garantissant la cohérence régionale du projet.

- Des séances bilatérales avec Brigitte Kauz, cheffe de projet du PRS, m'ont permis de construire un processus de prise en soin basé sur le cadre de référence des processus cliniques communs du Nord Vaudois.
- La sollicitation du collège des gériatres, a permis la validation des échelles gériatriques
- Des séances bilatérales à hauteur d'une fois tous les 15 jours avec Marie Mazure, référente Soarian, ont été nécessaires pour adapter le dossier patient informatisé à la prise en charge gériatrique.
- L'identification de deux infirmières et d'une aide infirmière comme personnes ressources dans le service, ont été des appuis solides dans l'accompagnement des soignants dans ce changement de pratique.

L'intégration du RSBJ au PRS permet de potentialiser les compétences et développer de manière cohérente et synergique les recommandations à l'ensemble de la région.

3 Résultats attendus sur le processus

3.1 Indicateurs / résultats attendus

Objectif général du projet : Améliorer l'accompagnement de la personne âgée, promouvoir son autonomie et préserver son indépendance.			
PROFESSIONNELS			
Objectif spécifique	**Résultats attendus**	**Indicateurs**	**Méthodes outils**
Acquérir de nouvelles compétences gériatriques	-Chaque professionnel possède les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des personnes âgées et leur permettre de faire face aux risques et à leurs difficultés	-100 % des soignants formés et sensibilisés au rôle soignant auprès des personnes âgées -100 % des soignants formés aux syndromes gériatriques -Augmentation des compétences des soignants de 50%	-Listing nominatif -Questionnaire -Coaching clinique
Faire évoluer les pratiques professionnelles et adopter des processus de soins spécifiques aux besoins des patients âgés.	-Fonctionner en binôme Aide et Infirmière -Impliquer les aides dans le recueil de données initiales -Adapter l'environnement aux personnes âgées	-100 % des indicateurs de qualité des soins sont relevés dans le dossier patient informatisé une fois par mois -100% du recueil Aide-soignante à l'admission est documenté -100 % des chambres sont adaptées aux personnes âgées d'ici début 2019	-Coaching clinique -Questionnaire

PATIENTS			
Objectif spécifique	**Résultats attendus**	**Indicateurs**	**Méthodes outils**
Réduire le risque de déclin fonctionnel	-Taux déclin fonctionnel < 10% à la sortie	-100% évaluations des AVQ documentées -100% évaluations « AINEES » à l'admission et quotidiennement	-Echelle BADL sur Soarian -Cible « AINEES » dans le dossier patient informatisé
Améliorer la prise en soins des syndromes gériatriques fréquents	-Dépistage des principaux syndromes et adaptation du plan de soins	-100% premières évaluations réalisées	-Echelles gériatriques -Outils d'évaluation
Développer une prise en soins interdisciplinaire impliquant le patient	-Mise en place d'un colloque interdisciplinaire structuré 1 fois par semaine -Présence d'une base de professionnels multidisciplinaires -Chaque professionnel évoque la situation du patient selon les évaluations cliniques propres à ses compétences	-Discussion de 100% des patients lors du colloque interdisciplinaire chaque semaine -100 % des professionnels énoncent les résultats de leurs évaluations -100% des plans de soins sont validés au colloque interdisciplinaire	-Echelles gériatriques -Outils d'évaluation
Responsabiliser le patient dans son plan de soins	-Impliquer le patient afin qu'il soit acteur et décideur dans son plan de soins -Evaluer les soins reçus une fois par mois	-100 % des personnes âgées reçoivent une brochure sur l'implication des patients et des familles -100% des patients sont satisfaits des soins reçus	-Support / brochure d'information -Questionnaire -Coaching clinique
Favoriser son retour à la maison	-Diminuer la durée de séjour des patients	-Diminuer la durée moyenne de séjour de l'ensemble des personnes âgées de plus de 70 ans de 2 jours	-Calcul avec l'équipe de facturation

PROCHES AIDANTS			
Objectif spécifique	**Résultats attendus**	**Indicateurs**	**Méthodes outils**
Intégrer les proches aidants et la famille dans le mieux-être de leur parent	-Amélioration de la communication face aux risques	-100 % des familles des personnes âgées prennent connaissance de la brochure sur l'implication des patients et des familles	-Support / brochure d'information

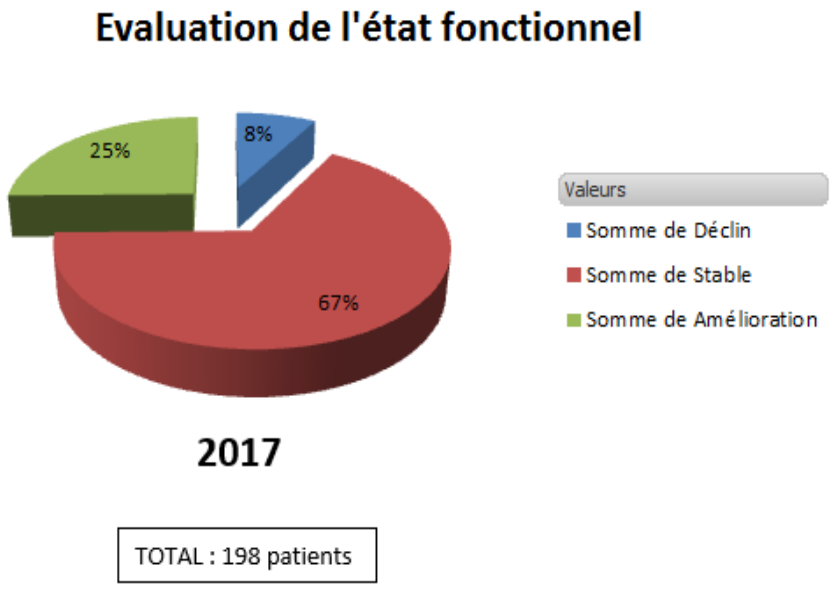
3.2 Principaux résultats obtenus montrant l'amélioration de la qualité des soins

3.2.1 Suivi de l'état fonctionnel

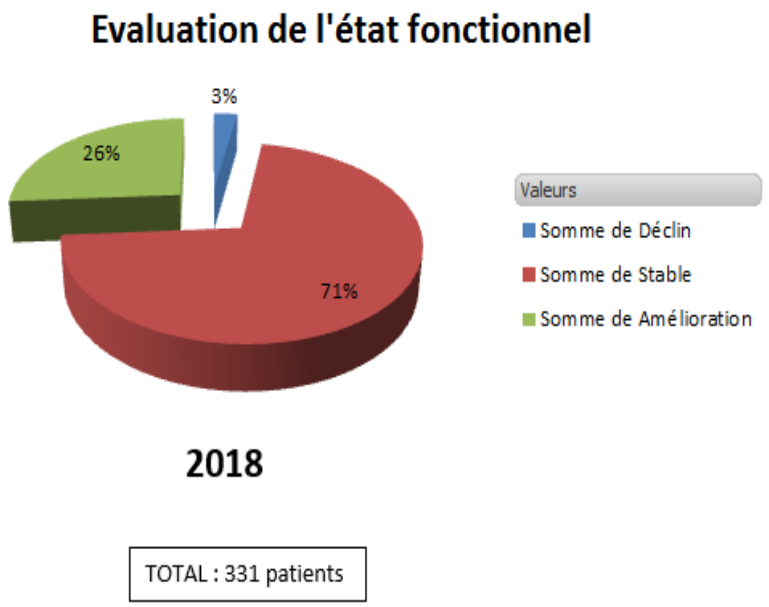
En 2017, avec la mise en place d'évaluations cliniques, le déclin fonctionnel a pu être mesuré chez tous les patients de plus de 70 ans. Nous obtenons un taux de déclin de 8% contre des chiffres de 30 à 40 % dans la littérature[4].

Comparativement entre 2017 et 2018, l'évolution des résultats est positive et reflète le bénéfice de toutes les actions réalisées.

Les graphiques ci-dessous, montrent une baisse significative du déclin fonctionnel :

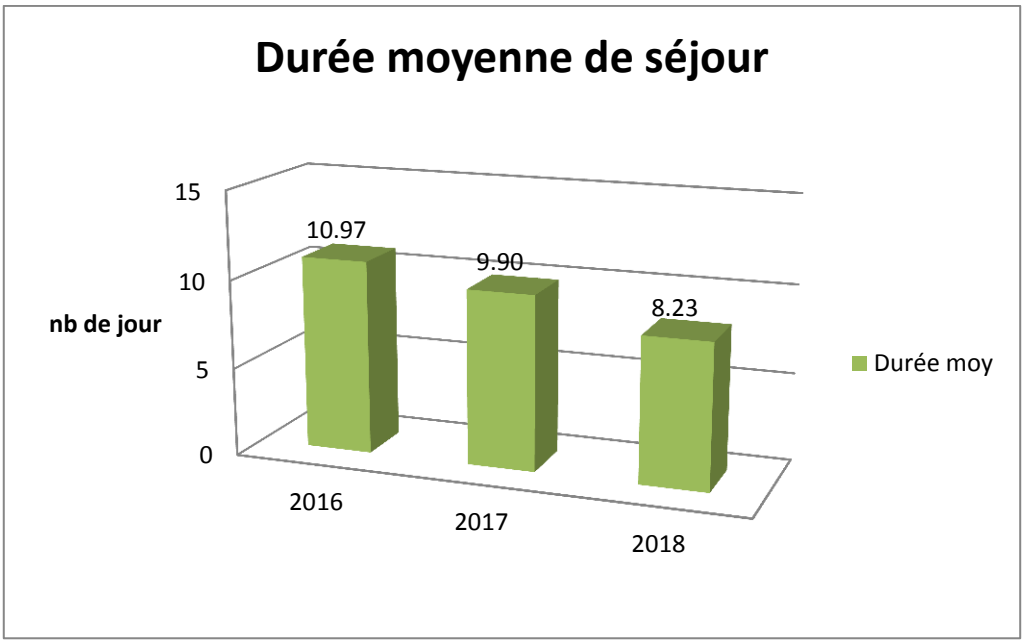


[4] Covinsky et al, 2011



3.2.2 Durée moyenne de séjour uniquement pour les patients de plus de 70 ans

La diminution de la durée moyenne de séjour, montre une prise en soins interdisciplinaire efficiente.



3.2.3 Amélioration continue de la qualité des soins : chutes / escarres

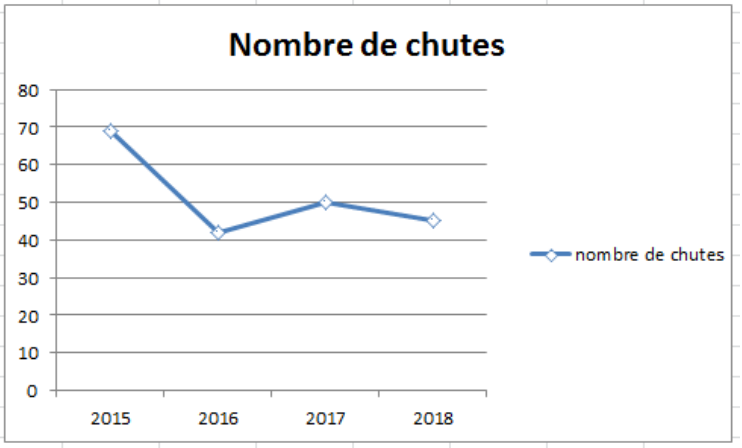
L'amélioration de la prise en soins des personnes âgées en milieu hospitalier a un impact sur des indicateurs nationaux de qualité des soins :

- Nombre de chutes dans l'unité

Nous pouvons relever en 3 ans une baisse d'un tiers des chutes.

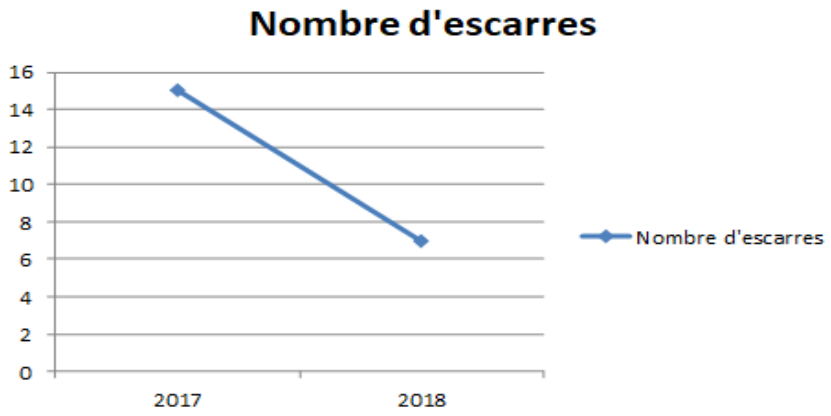
Evaluation du nombre de chutes

Ann	nombre de chut
2015	69
2016	42
2017	50
2018	45



- Nombre d'escarres acquises dans l'unité

Le nombre d'escarres a diminué de moitié.



4 Recommandations

Axe 1 : Définir les processus de soins et l'organisation

1) Réaliser un état des lieux

L'étape primaire fût de réaliser un état des lieux des pratiques soignantes, puis de le confronter aux résultats des données probantes obtenues dans la littérature. Cette identification était inévitable pour orienter nos actions en réponses aux besoins et aux difficultés des ainés, et insuffler un changement de paradigme dans le service des soins aigus, en passant d'un modèle ciblé sur la pathologie à un modèle biopsychosocial centré sur la personne.

2) Adapter les processus de soins aux enjeux institutionnels

Les processus définis doivent pouvoir s'adapter au milieu et aux enjeux institutionnels tout en garantissant une continuité de prise en soins dans la région. Il est primordial d'apprêter les stratégies de changement aux différents services et structures de santé.

La notion d'économicité des ressources est une force pour ce projet, puisque les recommandations de bonnes pratiques ont pu être appliquées, sans augmentation des effectifs des soignants.

3) Mettre en place un colloque interdisciplinaire

La mise en place d'un colloque interdisciplinaire a permis d'harmoniser les pratiques et d'avancer ensemble vers des objectifs communs de prise en soins pour le patient. On relève à ce jour, une concordance dans l'itinéraire de soins du patient, avec une meilleure visibilité des rôles de chacun dans le processus et une amélioration de la transmission des informations aux différents partenaires de la région.

4) Intégrer l'entier du processus de prise en soins

Il est important que les soignants puissent visualiser l'intégralité de la démarche et ainsi trouver le sens de ce changement. Ce sera par conséquent plus facile aux collaborateurs de s'approprier les étapes et de se comporter comme des agents moteurs dans cette transition. Il est donc préconisé un déploiement de l'entier du processus par unité, plutôt qu'un déploiement morcelé du processus dans diverses unités.

5) Dispenser une communication efficiente

La communication est une étape clé pour assurer un bon déroulement. Il a été planifié, à plusieurs reprises, des temps d'information pour tous les professionnels. Des rappels sur le cadre de référence et les avancées du projet étaient indispensables pour ne pas perdre l'adhérence des professionnels.

Grâce à une écoute active tout au long du projet, des réponses et un soutien ont pu être apportés aux soignants.

6) Permettre une documentation efficiente dans le Dossier Patient Informatisé (DPI)

Il était indispensable de pouvoir intégrer cette nouvelle prise en soins dans le DPI et non de créer des supports papier annexes au DPI. Avec l'aide de la référente Soarian, de multiples modifications ont été apportées au DPI pour améliorer la visibilité de la prise en soins et rendre la documentation soignante plus efficiente. Ainsi, une structure de documentation, facilitante pour les professionnels, a été mise en place.

Un suivi de l'application du processus de prise en soins dans le DPI a renforcé la réalisation d'une trajectoire complète avec l'utilisation des outils recommandés.

La création de pockets reste une aide bénéfique au quotidien pour les collaborateurs.

7) **Implémenter des outils validés au niveau régional**

L'implémentation de nouveaux outils de dépistage et d'évaluation a fait l'objet, au préalable, d'une validation par le collège des gériatres, dans l'objectif de garantir une harmonisation des pratiques dans la région du Nord Vaudois.

Axe 2 : Renforcer le rôle et les compétences gériatriques de chaque professionnel

- **<u>Formation</u>**

1) **Etablir un programme de formation**

Il est important de ne pas « brûler » les étapes et de prévoir une formation de sensibilisation dès le départ du projet. Cette prise de conscience des professionnels aura un impact direct dans la pratique et permettra leur adhésion pour la suite.

Les formations doivent évidemment s'adapter au milieu et aux enjeux institutionnels.

Il est conseillé qu'un budget de formation continue annuel soit planifié.

Il est indispensable de programmer une micro formation à tous les nouveaux collaborateurs pour rendre pérenne les recommandations de bonnes pratiques sur le long terme.

Le contenu de la formation et les thèmes abordés doivent pouvoir répondre aux besoins du personnel. Il s'avère essentiel de les programmer par ordre de priorité préalablement identifié.

2) **Former la totalité de l'équipe pluridisciplinaire (infirmières, aides-infirmières, diététicienne, physiothérapeutes, ergothérapeute, médecins, médecins assistants)**

Il est recommandé de former la totalité du personnel et non de former uniquement les référents de service. Ce sont ces professionnels qui sont le plus au contact des patients et donc l'impact sur la pratique en sera augmenté.

Planifier 2 jours de formation, comme spécifié au départ, consommait trop de ressources. Nous avons pu cependant apprécier la plus-value de l'étalonnage des formations en plusieurs temps, soutenant l'adhésion au projet.

A ce jour le temps total engagé par collaborateur présent dans le service des soins aigus depuis 2016 est de : 35 heures.

La construction de formation pluridisciplinaire a mis en évidence le rôle de chacun dans la prise en soins. Malgré cela la difficulté était de pouvoir satisfaire les attentes de chaque professionnel relatives à ses compétences.

Des formations parallèles données de manière ponctuelle et brève, par discipline, ont pu répondre au besoin de chacun.

3) **Privilégier un support de formation interactif**

Concernant les données transmises en formation : un contenu très théorique ne permet pas au soignant un apprentissage optimal. L'analyse de vignettes cliniques est le support qui a le plus suscité d'intérêt auprès des collaborateurs et qui a permis une augmentation de leurs compétences.

4) **Evaluer les compétences des soignants**

L'intérêt d'évaluer les compétences des soignants avant la formation est d'avoir une base pour répondre à leurs attentes et à leurs besoins et de mesurer les bénéfices de la formation.

Néanmoins l'indicateur de départ, qui était d'augmenter les compétences des soignants de 50%, restent difficilement chiffrable en tant que tel.

- **<u>Accompagnement, coaching clinique</u>**

Le soutien, l'accompagnement des personnes dans ce processus de changement est une étape déterminante.

1) Identifier des personnes ressources

L'identification de personnes ressources dans le service, était primordial pour pouvoir accompagner quotidiennement les soignants et ainsi mener à bien ce changement de pratique.

2) Superviser les bonnes pratiques de soins

La participation de l'infirmière clinicienne aux transmissions permet d'identifier les situations de soins complexes. Le fait d'accompagner les soignants et de leur proposer des recommandations cliniques très concrètes a eu un impact dans l'amélioration de la qualité des soins.

Cette présence quotidienne dans l'unité, permet aux soignants de solliciter facilement cette ressource par rapport aux situations, à l'utilisation des outils.

Un coaching clinique sur les situations de soin, réalisé avant le colloque interdisciplinaire, amène une standardisation des pratiques et optimise le travail en interdisciplinarité.

- **<u>Analyse de situations complexes</u>**

1) Analyser, suivre des situations de soins complexes

L'analyse s'est faite soit lors des formations, soit dans le service, ou lors du colloque interdisciplinaire.

La programmation d'analyse de situation complexe a été réalisée en fonction des besoins et en reprenant des situations réelles.

Le suivi des bonnes pratiques dans les dossiers a été un support bénéfique pour entrer en discussion avec les soignants.

Axe 3 : Responsabiliser le patient et ses proches aidants dans son plan de soins

1) Répondre aux besoins des patients âgés

L'objectif de cet axe est de pouvoir répondre aux besoins des patients âgés en obtenant leur adhésion dans leur plan de soins.

Avant le colloque interdisciplinaire, les professionnels recensent avec le patient, les objectifs de soins réalisables et atteignables. Les soignants documentent le DPI et lors du colloque nous pouvons ainsi poser un plan de soins concordant entre les priorités du patient et les objectifs du soignant. Lorsque le patient n'est pas en capacité de s'exprimer, une hétéro-anamnèse est réalisée auprès de ses proches.

Les recommandations de prise en soins sont transmises via le DMST (Document Médico-Social de Transmission) aux partenaires de la communauté.

Nous avions prévu de réaliser une brochure d'information, elle n'est à ce jour pas encore construite. Ce point est à rediscuter.

5 Conclusion et perspectives

Le bilan de ce déploiement « développement clinique des compétences des soignants de première ligne auprès de la personne âgée» est prometteur.

Les résultats montrent une réelle plus-value pour le maintien de l'état de santé du patient avec principalement une baisse du déclin fonctionnel qui est significative par rapport aux données de la littérature. Il est important de souligner l'évolution positive des résultats de 2017 à 2018, avec l'obtention d'une baisse du taux de déclin fonctionnel atteignant un taux de 3%.

L'objectif 2019 est de pérenniser l'existant et d'étendre les recommandations écrites dans ce rapport aux autres portes du système de santé de la région du Nord Vaudois.

L'accroissement des compétences des soignants est une base fondamentale pour l'amélioration de la qualité des soins et pour la mise en place d'une évaluation spécialisée.

C'est dans le cadre du projet du Pôle Régional Santé que la direction du RSBJ a décidé de poursuivre le développement du projet intitulé « gériatrie transverse » en mettant en commun les projets menés dans les différentes structures de la région du Nord Vaudois. Cette mise en commun, datant de décembre 2018, vise à potentialiser les compétences et les ressources régionales. Désormais, trois co-chargées de projet, Natacha Maury Van Goch, Nathalie Henrioud et moi-même, sont responsables de développer la détection, le développement des compétences des soignants de première ligne et l'évaluation gériatrique spécialisée à l'ensemble du système de santé de la région.

6 Références

- Gill TM et al. Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons. JAMA. 2010 Nov 3.

- Juan J Baztan et al. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. BMJ, 2009.

- Van Craen et al. The Effectiveness of Inpatient Geriatric Evaluation and Management Units: A Systematic Review and Meta-Analysis. The American Geriatrics Society, Journal compilation 2009.

- La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Gouvernement du Québec, 2011.

- Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Déclin fonctionnel dans les AVQ. Gouvernement du Québec 2012.

- Revue Médicale Suisse. Evaluation globale et prise en charge gériatriques : quel intérêt ? www.revmed.ch.16 mai 2012.

-Ellis G et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011.

- Juan J Baztan et al. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline,living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. BMJ 2009.

- Fleck et al. Activity in Geriatric acute Care (AGECAR):rationale, design and methods. BMC Geriatrics 2012.

- Martínez-Velilla et al. Functional and cognitive impairment prevention through early physical activity for geriatric hospitalized patients: study protocol for a randomized controlled trial. BMC Geriatrics 2015.

Sites internet

- http://www.vd.ch/themes/sante/organisation/programmes-de-sante-publique/vieillissement-et-sante/

- http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/rapport_version_finale-11janv2012.pdf

- www.**has**-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf

- http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-01W.pdf

7 Glossaire

DMST : Document Médico-social de transmission

DPI : Dossier Patient Informatisé

GT : Groupe de Travail

RSBJ : Réseau Santé du Balcon du Jura

RSNB : Réseau Santé Nord Broye

PRS : Pôle Régional Santé