

**Reconnaissance des prestations
de soins infirmiers et d'assistance
données en établissement médico-social
lors de situations de crise caractérisées
par un pronostic vital menacé**

Décembre 2008

Françoise Laurent (Cheffe de projet « filière soins palliatifs » - ARC)

Yvan Bourgeois (Chef de projet « filière soins palliatifs » - ASCOR)

Vincent Matthys (Secrétaire général - ASCOR)

Table des matières

Introduction	3
Historique	3
Formation "Introduction aux soins palliatifs dans les EMS"	4
Questionnement	4
Cadre de référence	5
Définition des soins palliatifs	5
Définition de la crise	6
Trajectoire de la personne malade et soins palliatifs	6
Le système PLANification Informatisée des Soins Infirmiers Requis (Plaisir)	7
Matériel et méthode	8
La population de l'étude et ses limites	9
Les critères de sélection	9
Début et arrêt du relevé	10
Relevé en temps/minute lorsqu'il y a plusieurs intervenants	10
Relevé par action de soins	10
Fiche de relevé journalier des prestations Plaisirs données	10
Protocole appliqué	10
Critères d'inclusion/d'exclusion une fois les données retournées	11
Regroupement des situations à des fins d'analyse	11
Analyse des situations	12
Les graphiques et les tableaux par situation	12
Groupe 1 – situation courte "C"	13
Groupe 1 – situation longue "I"	18
Groupe 2 – situation courte "P"	23
Groupe 2 – situation longue "O"	28
Analyse de l'ensemble des actions de soins	33
Tableau des actions de soins qui sont en augmentation ou qui ne figurent pas dans la synthèse du FRAN	34
Tableau des actions des soins qui sont en diminution par rapport à la synthèse du FRAN	34
Tableau des actions de soins qui figurent dans la synthèse du FRAN mais qui n'apparaissent pas dans les relevés des équipes	35
Analyse du système de réévaluation	36
Pour les situations courtes	36
Pour les situations longues	36
Calcul du manco de financement	38
Remarques	40
Estimation d'un manco global par institution et par année	40
Conclusion	42
Annexes	45
Tableau de synthèse selon le FRAN	45
Fiche pour le relevé des prestations effectuées en temps/minutes	46
Fiche pour le relevé journalier des prestations Plaisir données (fréquence)	47
Fiche pour le relevé journalier des prestations socio-hôtelières	49
Les situations de l'étude	50

Introduction

Fort de l'expérience assimilée lors de la formation CIPEPS/ASCOR « *Introduction aux soins palliatifs dans les EMS* », deux directions d'établissement ont clairement posé la question de la pertinence de l'utilisation de l'outil PLAISIR lors de prises en charge palliatives et ce, plus particulièrement pendant et après l'apparition d'une crise caractérisée par un pronostic vital menacé.

Cette interrogation peut-être traduite ainsi :

- Dans quelle mesure les prestations de soins palliatifs, particulièrement lors des crises liées à cette étape de la vie, sont-elles prises en compte par l'outil PLAISIR (à la saisie et à la relecture) ?
- Ces prestations sont-elles financées de manière adéquate ?

Pour répondre à cette interpellation, l'ASCOR a constitué un groupe de travail composé de représentants des EMS Burier, Mont-Pèlerin et Joli-Bois, du Service de la santé publique, de l'Equipe mobile de soins palliatifs de l'Est vaudois (EMSP) et du Secrétariat général de l'Association de soins coordonnés de la Riviera et du Pays-d'Enhaut (ASCOR).

Afin d'être le plus représentatif possible, le groupe de travail s'est élargi en accueillant des professionnels d'EMS d'autres régions du canton, ainsi que de la cheffe de projet "soins palliatifs" de l'Association des réseaux de soins de la Côte (ARC).

Historique

Depuis 2003, le canton de Vaud dispose d'un programme cantonal de développement des soins palliatifs.

Ce programme a pour but de garantir à tous un accès égal à des soins palliatifs de qualité, indépendamment de l'âge, de la pathologie, du lieu de vie ou d'autres caractéristiques socio-économiques.

Quelques objectifs y figurant :

- améliorer l'offre de soins palliatifs de manière à assurer la couverture des besoins de la population;
- assurer à tout soignant professionnel une formation lui permettant d'identifier les besoins en soins palliatifs et d'assurer une orientation appropriée des patients;
- améliorer, dans le cadre des réseaux de soins, la continuité des soins par une collaboration accrue des partenaires professionnels et institutionnels.

Le développement des soins palliatifs au sein des établissements médico-sociaux (EMS) par **le renforcement de la formation des soignants**, s'intègre pleinement dans les objectifs précités.

Pour répondre à cet objectif, l'ASCOR a proposé une formation de sensibilisation aux soins palliatifs à tous les EMS de gériatrie et de psychogériatrie, en collaboration avec l'EMSP et le Collège International pour l'évolution des pratiques soignantes (CIPEPS, Genève).

Cette formation, intitulée "*Introduction aux soins palliatifs dans les EMS*" a été développée initialement dans le Canton de Genève, sous l'égide de la Fédération genevoise des EMS (FEGEMS) et du CIPEPS.

A la fin 2008, la formation aura été suivie par 23 EMS de la Riviera et du Pays-d'Enhaut, soit 90% des établissements « long séjour » de gériatrie et de psychogériatrie.

Depuis 3 ans, cette formation est également proposée aux EMS du réseau ARC, avec 65% d'établissements formés.

Formation "Introduction aux soins palliatifs dans les EMS"

Chaque volée réunit 4 à 5 EMS et comprend 3 "étapes" :

1. Quatre journées de formation inter-EMS pour les équipes interdisciplinaires des EMS (composées au maximum d'une vingtaine de représentants du personnel de soins, des médecins, de la direction, de l'intendance,...); la formation est donnée en deux groupes afin de ne pas trop perturber la bonne marche de l'institution.
2. Vingt heures de suivi intra-EMS données par un membre du CIPEPS et de l'EMSP (coaching). Cette étape permet aux personnes qui ont suivi les 4 jours de formation de se constituer en comité de pilotage (COFIL) et de guider ainsi le développement de projets propres à l'institution.
3. Une journée de bilan inter-EMS, en fin de formation (elle-même suivie d'une journée "Bilan un an après").

Cette formation met l'accent sur l'accompagnement des résidents en situation de crise caractérisée par un pronostic vital menacé. Celui-ci nécessite des compétences individuelles et collectives de la part de l'ensemble des collaborateurs de l'établissement. Ces situations exigent à la fois l'implication de chaque professionnel dans la promotion de la qualité de vie, tout en demandant à l'ensemble des collaborateurs de se sentir coresponsables et ce, quelle que soit la fonction occupée.

Les professionnels des soins doivent acquérir des habiletés et des outils dans l'analyse des situations complexes, lorsqu'ils proposent des actions préventives, éducatives et de soins.

Le personnel soignant doit être ainsi préparé à :

- évaluer et prendre en charge « le phénomène douloureux »;
- identifier et évaluer les symptômes majeurs;
- maîtriser les effets secondaires liés aux traitements;
- garantir une qualité de relation entre la personne soignée, l'entourage et le reste du personnel;
- mettre en place les conditions qui permettent d'assurer une qualité de vie telle que définie par le résident et ses proches.

Cette formation permet ainsi de renforcer les connaissances et compétences acquises, d'ajuster les procédures et les protocoles qui favorisent la mobilisation des compétences collectives et la régulation des pratiques communes et pluridisciplinaires.

Questionnement

L'interpellation « *Dans quelle mesure les prestations de soins données lors de phases de crise caractérisées par un pronostic vital menacé, sont-elles couvertes par le résultat de l'évaluation Plaisir en cours ?* », a été décomposée en 7 questions par le groupe de travail :

- 1) Lors de l'évaluation, le Formulaire de Relevé des Actions de Nursing (FRAN) permet-il de saisir toutes les actions de soins que nécessite une prise en charge palliative?
- 2) Y-a-t'il des prestations de soins réalisées lors de situations de crise qui ne figurent pas dans le document « Classification et modification du degré de dépendance » (synthèse du FRAN) ?
- 3) Y-a-t'il des prestations de soins qui figurent dans le document « Classification et modification du degré de dépendance » (synthèse du FRAN) et qui ne sont plus réalisées par les équipes ?
- 4) Y-a-t'il des actions de soins répertoriées dans le document « Classification et modification du degré de dépendance » (synthèse du FRAN) dont la fréquence augmente ?

- 5) Y-a-t'il des actions de soins répertoriées dans le document « Classification et modification du degré de dépendance » (synthèse du FRAN) dont la fréquence diminue ?
- 6) La soudaineté des phases de crise et la durée de celles-ci correspondent-elles ou non avec les conditions et les délais nécessaires pour effectuer une réévaluation ?
- 7) Les prestations données sont-elles financées de manière adéquate ?
 - ⇒ Permettent-elles de couvrir le renforcement du suivi pluridisciplinaire ?

Depuis la création de l'outil PLAISIR en 1983, plusieurs auteurs se sont penchés sur les problématiques du système de mesure de l'intensité des soins infirmiers¹ (Tilquin, 1997), des effets pervers associés aux modèles d'allocation des ressources financières² (Tilquin, 1999) et de l'évaluation des besoins des résidents des EMS³ (Kuntzmann, 1982 et 1995).

A notre connaissance, la problématique de la prise en charge palliative lors de situations de crise (avec les conséquences que cela peut avoir au niveau des soins donnés), n'a pas fait l'objet de recherches.

Cadre de référence

Définition des soins palliatifs

Les soins palliatifs ne se limitent pas à des cas oncologiques ni aux derniers jours de la vie. En 1995, la Société suisse de médecine et soins palliatifs (SSMSP), devenue depuis « Palliative ch », proposait cette définition :

La médecine et les soins palliatifs comprennent tous les traitements médicaux, les soins physiques, le soutien psychologique, social et spirituel, destinés aux malades souffrant d'une affection évolutive non guérissable. Leurs buts sont de soulager la souffrance, les symptômes, d'assurer le confort et la qualité de vie du malade et de ses proches.

Cette définition s'applique à un pourcentage élevé de résidents d'EMS. Pour cette étude, il est primordial de différencier la prise en charge d'un résident atteint d'une maladie chronique stabilisée qui correspond à un processus normal de vieillissement et pour laquelle l'outil PLAISIR paraît adapté, **d'une situation de crise vécue par un résident** pendant laquelle le pronostic vital de la personne est soudainement menacé.

Nous retiendrons plus particulièrement les nouvelles directives médico-éthiques de l'ASSM (2006). Celles-ci différencient en effet la prise en charge d'un résident atteint d'une maladie chronique stabilisée, d'une situation de crise pendant laquelle le pronostic vital de la personne est soudainement menacé, de la manière suivante :

- *les soins palliatifs comprennent, dans le cadre d'une approche globale, le traitement et la prise en charge de personnes atteintes de maladies incurables, mettant leur vie en danger ou chroniques et évolutives;*
- *de nombreuses maladies comme des maladies cardiaques, pulmonaires ou rénales chroniques, mais également des maladies neurologiques, peuvent induire – en plus d'une invalidation et d'une dépendance croissante - des situations dans lesquelles le pronostic vital est menacé. Dans ces cas, l'approche palliative suppose non seulement que la qualité de vie soit maintenue au moyen de mesures de soutien et de soulagement, mais également que les complications possibles et les situations aiguës soient anticipées et discutées à un stade précoce de la maladie avec toutes les personnes concernées.*

¹ C. Tilquin, Revue Rupture, revue transdisciplinaire en santé, Vol. 6, no 1, 1999, p. 47-66

² C. Tilquin, Revue PCS News, 25 janvier 1997, www.isesuisse.ch/fr/publications/pcs25/tilquin.htm

³ F. Kuntzmann et al., Evaluation des besoins des pensionnaires des étab. gér., Revue de gériatrie, Vol. 7, NE 6, 1982, p. 263-279

Définition de la crise

Le dictionnaire médical abrégé⁴ définit la crise de la manière suivante :

1. "Au sens le plus large, **moment** d'une maladie caractérisée par un changement subit et généralement décisif en bien ou en mal...".
2. "Plus spécialement, **accident** qui atteint une personne en bonne santé apparente ou aggravation brusque d'un état chronique...".

La situation de crise⁵ retenue pour l'étude doit comprendre ainsi **tous** les éléments suivants :

1. la décompensation d'une pathologie spécifique "potentiellement mortelle" menaçant le pronostic vital de la personne (probable espérance de vie limitée à quelques mois);
2. une rupture - désorganisation - déstructuration sur les plans bio-psycho-socio et spirituels;
3. une détérioration importante de la qualité de vie;
4. une gestion des symptômes majeurs complexe (douleur, angoisse, état confusionnel, tristesse, agressivité, etc.).

La gestion de la crise nécessite une nouvelle analyse de la situation en équipe interdisciplinaire, ainsi que l'élaboration de nouveaux objectifs de soins.

Trajectoire de la personne malade et soins palliatifs

Trois trajectoires ont été décrites par M. Murray, dans un article publié en 2005 dans le British Medical Journal⁶.

Situation A. (cf. tableau ci-après)

A. *Déclin avéré sur une brève période, typiquement en présence d'un cancer; progression régulière avec une **phase terminale** nette, qui se caractérise par une perte de poids, une diminution de la **capacité fonctionnelle** et des activités de la vie quotidienne durant les derniers mois. Du fait de la tendance à poser un diagnostic plus précoce et d'une attitude plus ouverte quant au **pronostic**, on dispose généralement de temps pour envisager une prise en charge palliative.*

Situation B.

B. *Perte fonctionnelle sur le long terme avec des épisodes aigus, surtout en présence d'**insuffisance cardiaque** ou d'une bronchopneumonie obstructive (...) qui entraîne généralement une admission à l'hôpital. Le patient peut survivre à de nombreux épisodes; cependant, on assiste à une dégradation constante de l'état de **santé** et de la **capacité fonctionnelle**.*

Situation C.

C. *Diminution prolongée : les patients qui ne sont pas atteints par un cancer ou par une insuffisance cardiaque, rénale ou autre, vont mourir à un âge plus avancé, soit d'une déficience cérébrale (**démence**) ou de la coexistence de multiples **comorbidités**. Souvent ces patients décèdent d'un problème physique minime ou de problèmes sociaux récurrents. Cette trajectoire peut être brusquement interrompue par un événement aigu tel qu'une fracture du col du fémur ou une pneumonie.*

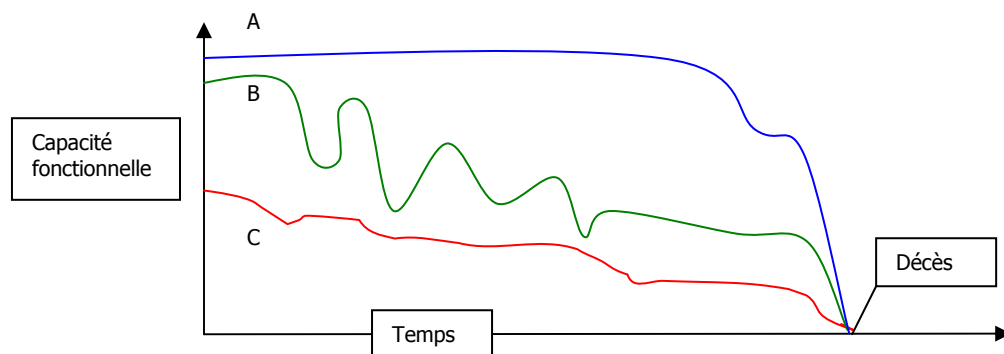
Comprendre et prendre en considération les trajectoires de la personne malade peuvent aider les professionnels à proposer une prise en charge palliative spécifique. En effet, lors de l'évolution de la maladie, schématisée ci-dessous par une rupture au niveau de la capacité fonctionnelle, les

⁴ L. Manuila, A. Manuila, M. Nicoulin, Dictionnaire médical abrégés, Ed. Masson, 6^{ème} éd.1994

⁵ Les éléments de la crise définis ici sont repris du cours de M. Moraga, Formateur CIPEPS

⁶ Murray SA et AL. Illness trajectories and palliative care. BMJ, 2005 ; 330 :1007-1011

nombreux changements brusques de l'état de santé auxquels le résident est confronté induisent généralement une situation de crise telle que nous l'avons définie dans le cadre de cette étude.



Le texte en italique et **le schéma des 3 trajectoires** qui figurent à la page précédente, résultent d'une traduction libre de l'article de M. Murray. Ils sont tirés du Vade-mecum de soins palliatifs⁷.

Le système PLANification Informatisée des Soins Infirmiers Requis (PLAISIR)

Le système PLAISIR est l'outil en vigueur dans le canton de Vaud pour mesurer la charge en soins au sein des EMS. Le résultat des évaluations est utilisé pour définir le forfait "soins" journalier de chaque résident.

Le système recueille deux types de données concernant le pensionnaire :

- son profil bio-psycho-social;
- son plan de services requis en soins infirmiers et d'assistance.

A partir du profil des services infirmiers et d'assistance requis par le pensionnaire et d'une pondération de chacune des actions de soins en termes de temps requis pour l'exécuter, les données récoltées permettent de calculer les quantités de ressources infirmières et d'assistance requises par le pensionnaire.

La détermination des services requis pour répondre aux besoins du résident pouvant varier entre professionnels (en fonction de leur philosophie de soins par ex.), le système PLAISIR définit des standards de soins qui doivent correspondre à ce qui est reconnu comme une « bonne pratique » dans les établissements concernés. S'ils ne correspondent pas à des soins optimaux, ils doivent toutefois permettre d'assurer au pensionnaire un bien-être et une sécurité convenable.

Tout résident est évalué une première fois entre la troisième et la huitième semaine suivant son admission. Puis, le résident est « réévalué chaque fois que son état se péjore ou s'améliore de manière sensible et durable, mais, en principe, au maximum 2 fois par année et au minimum 1 fois tous les deux ans »⁸.

Cependant l'état de santé peut être reconnu instable (code A sur le bordereau de l'unité de soins), dans ce cas des actions de soins temporaires sont accordées par les relectrices. « Ce code A signifie donc que la situation doit être réévaluée, car un certain nombre d'indices relatifs à l'état de la personne nécessitent d'être validés dans un délai plus bref que celui fixé par la règle habituelle, à savoir 6 mois à 2 ans »⁹.

Le FRAN est envoyé à l'Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé Inc. (l'EROS), au Canada. Après analyse des données par le système PLAISIR, une synthèse est remise aux institutions, il s'agit du document nommé « Classification et modification du degré de dépendance » ("GUSTAVE" dans le langage courant).

Sur le document « Classification et modification du degré de dépendance » (Synthèse du FRAN) figure les éléments suivants:

⁷ E.Rivier et Col. Vade-mecum de soins palliatifs. Editions Médecine et Hygiène, Genève, 2008 p.26 et 27

⁸ Source : PLAISIR – commission technique / Décision No 9 - modifiée le 03.04.08

⁹ Source : Site internet ISE, www.isesuisse.ch/fr/index.htm, FAQ, Questions les plus fréquemment posées – juillet 2008

- un résultat en temps/minutes par jour de soins infirmiers et d'assistance;
- des actions de soins par jour et par semaine.

La question de la pertinence de l'outil Plaisir pour calculer le forfait "soins" lorsqu'il y a prise en charge palliative est ainsi posée.

Matériel et méthode

Afin de répondre au questionnaire posé par les Directions, l'étude prévoit :

1. D'identifier :

- les actions de soins spécifiques à la prise en charge palliative qui ne figureraient pas dans la liste des actions de soins PLAISIR ⇒ *questionnement 1*;
- les actions de soins réalisées sur le terrain et qui ne seraient pas relevées sur le FRAN, en comparant les actions de soins « réelles » relevées par les équipes (fiche pour le relevé journalier des prestations données) et le FRAN ⇒ *questionnement 2*;
- des actions de soins réalisées sur le terrain, qui seraient relevées sur le FRAN et qui, après relecture, ne seraient pas accordées par l'EROS;
 - ⇒ en comparant les actions de soins « réelles » relevées par les équipes (fiche pour le relevé journalier des prestations données), le FRAN et les actions de soins accordées qui figurent dans le document « Classification et modification du degré de dépendance » (synthèse du FRAN) ⇒ *questionnement 2*;
- les actions de soins accordées par l'EROS dans le document « Classification et modification du degré de dépendance » (synthèse du FRAN) qui ne seraient plus réalisées sur le terrain;
 - ⇒ en comparant les actions de soins « réelles » relevées par les équipes (fiche pour le relevé journalier des prestations données) et les actions de soins accordées par l'EROS qui figurent dans le document « Classification et modification du degré de dépendance » (synthèse du FRAN) ⇒ *questionnement 3*;
- les actions de soins accordées par l'EROS dans le document « Classification et modification du degré de dépendance » (synthèse du FRAN), dont la fréquence augmente ou diminue par rapport aux actions de soins réalisées sur le terrain;
 - ⇒ en comparant les actions de soins « réelles » relevées par les équipes (fiche pour le relevé journalier des prestations données) et les actions de soins accordées par l'EROS qui figurent dans le document « Classification et modification du degré de dépendance » (synthèse du FRAN) ⇒ *questionnements 4 et 5*.

2. D'évaluer :

- dans quelle mesure les conditions et les délais nécessaires pour effectuer une réévaluation permettent d'adapter les actions de soins et le temps de soins requis par la nouvelle prise en charge;
 - ⇒ en identifiant le nombre de réévaluations faites durant la période de l'étude pour l'ensemble des situations suivies et le délai laissé par l'évaluatrice entre le début de la crise et la réévaluation ⇒ *questionnement 6*.

3. De mesurer :

- l'écart entre le temps accordé dans le document « Classification et modification du degré de dépendance » (synthèse du FRAN) et le temps investi par les équipes lors de la prise en soins de ces personnes ⇒ *questionnement 7*.

La population de l'étude et ses limites

Les relevés furent réalisés durant une période de 8 mois, d'avril à novembre 2007. Les EMS Joli-Bois – Burier – Château de Corcelles – La Gracieuse (unité de soins) – Les Beaumettes - la Maison du Pèlerin ont participé au relevé des prestations données pour des situations qui répondent aux critères de sélection de l'étude.

Vu l'importante implication que demande les relevés (en termes de temps/ressources humaines), il ne semblait pas réaliste de suivre l'ensemble des situations correspondantes dans les établissements. Nous avons donc laissé le choix aux EMS de suivre le nombre de situations en fonction des moyens engagés.

L'étude concerne 20 situations caractérisées par au moins une crise. Comme les critères établis pour cette étude n'ont pu être entièrement respectés dans 4 situations, cela porte à 16 les situations retenues pour l'analyse.

Pour garantir la protection des données, une anonymisation de toutes les situations a été appliquée.

Les critères de sélection

Pour rappel, les premiers critères de sélection sont ceux que nous avons retenus pour définir la situation de crise :

- décompensation d'une pathologie spécifique, « potentiellement mortelle », mettant en jeu le pronostic vital de la personne (probable espérance de vie limitée à quelques mois);
- une rupture - désorganisation - déstructuration sur les plans bio-psycho-socio et spirituels;
- une détérioration importante de la qualité de vie;
- la présence d'au moins deux symptômes majeurs (douleur, angoisse, état confusionnel, tristesse, dyspnée, inappétence, etc.).

Passé ce premier filtre et afin d'être éligible, chaque situation devait encore répondre aux critères suivants :

- elle doit être identifiée par le médecin traitant et le personnel soignant de l'EMS comme étant une « situation palliative en crise », avec déclenchement d'une prise en charge palliative renforcée;
- une information donnée au résident et/ou au représentant légal par rapport à l'attitude palliative;
- une information donnée à l'équipe interdisciplinaire;
- l'identification d'objectifs spécifiques en équipe interdisciplinaire;
- la validation de la situation par un membre de l'EMSP;
- l'évaluation des symptômes majeurs aussi souvent que nécessaire, mais au moins une fois par semaine à l'aide d'outils validés;
- le relevé journalier des prestations données et du temps passé en présence du résident et de sa famille, dès la décision du déclenchement de la prise en charge palliative spécifique.

Trois fiches de relevé ont été créées par le groupe de travail. Elles étaient remises pour chaque situation retenue.

1. Fiche pour le relevé journalier des prestations effectuées en temps/minutes¹⁰.
2. Fiche pour le relevé journalier des prestations Plaisir données (fréquence)¹¹.
3. Fiche pour le relevé journalier des prestations socio-hôtelières données¹².

¹⁰ Annexes : Page 46

¹¹ Annexes : Page 47

¹² Annexes : Page 50

Début et arrêt du relevé

Le relevé débute une fois la situation validée par le médecin traitant. Il s'interrompt par le décès du résident ou après stabilisation de l'état de santé de celui-ci.

Suite à une période de crise, afin de ne pas surcharger les équipes, nous avons convenu qu'une fois la situation stabilisée (les temps/minutes restent stables), les relevés se poursuivent au moins durant une semaine, avant d'être interrompus jusqu'à l'apparition éventuelle d'une nouvelle crise.

Relevé en temps/minute lorsqu'il y a plusieurs intervenants

Le temps/minute relevé doit comprendre l'entier du temps consacré par chaque professionnel impliqué dans la situation. Si deux soignants participent à une toilette qui dure en tout 20 minutes, le temps total de l'intervention est de 2 x 20 minutes, soit 40 minutes.

Il en va de même pour les temps consacrés aux transmissions et analyses de la situation. Si 5 collaborateurs participent à un colloque de 30 minutes consacré à la situation du résident, il doit figurer dans la grille du relevé 5 x 30 minutes, soit 150 minutes.

Relevé par action de soins

L'action de soins mesurée comprend l'entier du temps consacré à l'acte y compris le temps de préparation du soin. Pour la pose d'une aiguille « Butterfly » par exemple, il est tenu compte du temps nécessaire pour la préparation de l'aiguille, la purge de celle-ci avec du NaCl, le déplacement en chambre, la prise de contact avec le résident, l'installation de ce dernier avant la pose de l'aiguille, la désinfection de la peau, la pose de l'aiguille, l'application d'un pansement protecteur, l'installation du résident après la pose de l'aiguille, le rangement et le nettoyage du matériel.

A posteriori et lors du comparatif des résultats, nous avons constaté que cette donnée n'a pas été entièrement comprise par tous les EMS. Certains établissements ont en effet mesuré uniquement l'acte au moment de son exécution, sans compter la préparation du matériel, le temps de déplacement et l'information au résident.

L'analyse tiendra compte de ces différences dans les relevés.

Fiche de relevé journalier des prestations Plaisir données

La fiche pour le relevé journalier des prestations Plaisir données (fréquence) a été élaborée par des infirmières du groupe de travail. Il comprend une sélection des actes du FRAN qui a été établie en tenant compte des actions les plus fréquemment rencontrées lors des situations de crise.

Le but de ce document est d'identifier les actes propres à la prise en charge palliative lors de situations de crise, tout en limitant au maximum le temps de travail que demandent les relevés. Par exemple, la fiche de relevé des actes ne tient pas compte du rasage, de la manucure, du shampoing (compris dans le temps de la toilette s'ils sont donnés).

Protocole appliqué

Pour chaque situation éligible, l'EMS a reçu les fiches mentionnées ci-dessus. Celles-ci ont été remplies manuellement par le personnel des EMS.

Une fois retournée, chaque fiche a fait l'objet d'une validation. Les données ont été alors introduites dans des tableurs EXCEL, afin de permettre l'élaboration des divers graphiques et tableaux sur lesquels repose l'analyse.

Dans un deuxième temps et à des fins de comparaison, il a été demandé aux établissements de transmettre le nombre de décès en 2007.

Critères d'inclusion/d'exclusion une fois les données retournées

Le relevé partiel des données est une problématique récurrente de cette étude. Un seul établissement paraît avoir transmis des données exhaustives. Les moyens mis à disposition dans cet EMS nous font penser que les relevés ont fait l'objet d'une rigueur particulière. Ce sont les résultats qui nous paraissent les plus proches de la réalité du terrain. Cet EMS a fourni 9 relevés, soit les situations A à I.

A l'évidence les collaborateurs des établissements ne sont pas rompus à ce type d'exercice. Pour obtenir des données exactes, nous aurions dû développer une organisation systématique des relevés, ce qui était impossible avec les moyens, tant financier qu'humain, à disposition. Les établissements dont sont issues les situations K – N – O – P – Q, nous ont informés à posteriori des difficultés rencontrées pour systématiser les relevés, notamment pour ce qui est du temps de communication avec les proches. D'autre part et comme déjà signalé, certains établissements ont mesuré uniquement l'acte au moment de son exécution, sans compter la préparation du matériel, le temps de déplacement et l'information au résident.

Néanmoins, la somme des informations récoltées nous permet de répondre aux questions posées.

Ce n'est par contre pas le cas pour le document "*fiche pour le relevé journalier des prestations socio-hôtelières données*". Celui-ci n'a été que très partiellement rempli, ce qui rend difficile toute analyse pertinente. Par conséquent, il a été décidé de ne pas traiter ces données.

Regroupement des situations à des fins d'analyse

Compte tenu du constat établi ci-dessus et afin de travailler sur des groupes homogènes au niveau de la saisie, nous avons choisi de constituer **2 groupes** :

- **le groupe 1** composé des 9 situations issues de l'EMS 1 (situations A – B – C – D – E – F – G – H – I);
- **le groupe 2** composé des 7 situations issues des EMS 2-3-4-5 (situations J – K – M – N – O – P – Q).

Cette décision a été prise après avoir vérifié que les critères liés à la pathologie et à la typologie du résident n'avaient pas d'impact sur les relevés des prestations en temps/minutes.

A l'intérieur de chaque groupe, nous avons ensuite différencié les situations :

- de 4 à 18 jours pour les situations dites "courtes";
- de 28 jours à 5 mois pour les situations dites "longues".

Un écart de 10 jours entre les situations courtes (max 18 jours) et les situations longues (1^{ère} situation 28 jours) nous a fait choisir cette limite temporelle.

Afin de ne pas alourdir la présentation de l'étude, nous avons décidé d'illustrer deux situations par groupe, une longue et une courte, sous forme graphique, accompagnée d'une analyse détaillée.

Nous avons ainsi retenu :

- les situations "C" et "I" pour le Gr1;
- les situations "O" et "P" pour le Gr2;

car elles nous ont paru être les plus significatives, tant au niveau de la prise en charge palliative, que des relevés effectués.

Les 12 situations, qui ne font pas l'objet d'une présentation détaillée, sont intégrées dans l'analyse globale (cf. tableaux comparatifs par groupe). Les graphiques correspondants figurent en annexe¹³.

¹³ Annexes : Pages de 50 à 66

Analyse des situations

Les graphiques des situations

Les graphiques mettent en évidence la différence entre le temps investi que les équipes ont mesuré lors de la prise en soins et le temps rémunéré selon l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), suite à l'évaluation PLAISIR.

La courbe en bleu foncé intitulée « Plaisir » correspond au temps/minute requis figurant sur le document de synthèse du FRAN.

La courbe rouge correspond au temps requis « Plaisir » auquel est ajouté 11 minutes 30 pour tenir compte du temps de communication et gestion de dossier accordé par Plaisir (selon la règle en vigueur dans le canton de Vaud).

La courbe en bleu clair « OPAS A-B-C » correspond au temps/minute effectué par l'EMS en minutes pour les prestations financées par l'OPAS.

La courbe en orange « EMS total » correspond à la totalité du temps/minute mesuré par l'EMS, soit les prestations OPAS + le temps de communication de l'équipe (colloque, analyse) et de gestion des dossiers.

Dans le but d'améliorer la lisibilité des graphiques, nous avons retenu l'échelle des axes de l'ordonnée (Y) à 1400 minutes/jour pour le groupe 1 et à 1000 minutes/jour pour le groupe 2.

Les tableaux des situations

Nous avons constitué trois types de tableaux :

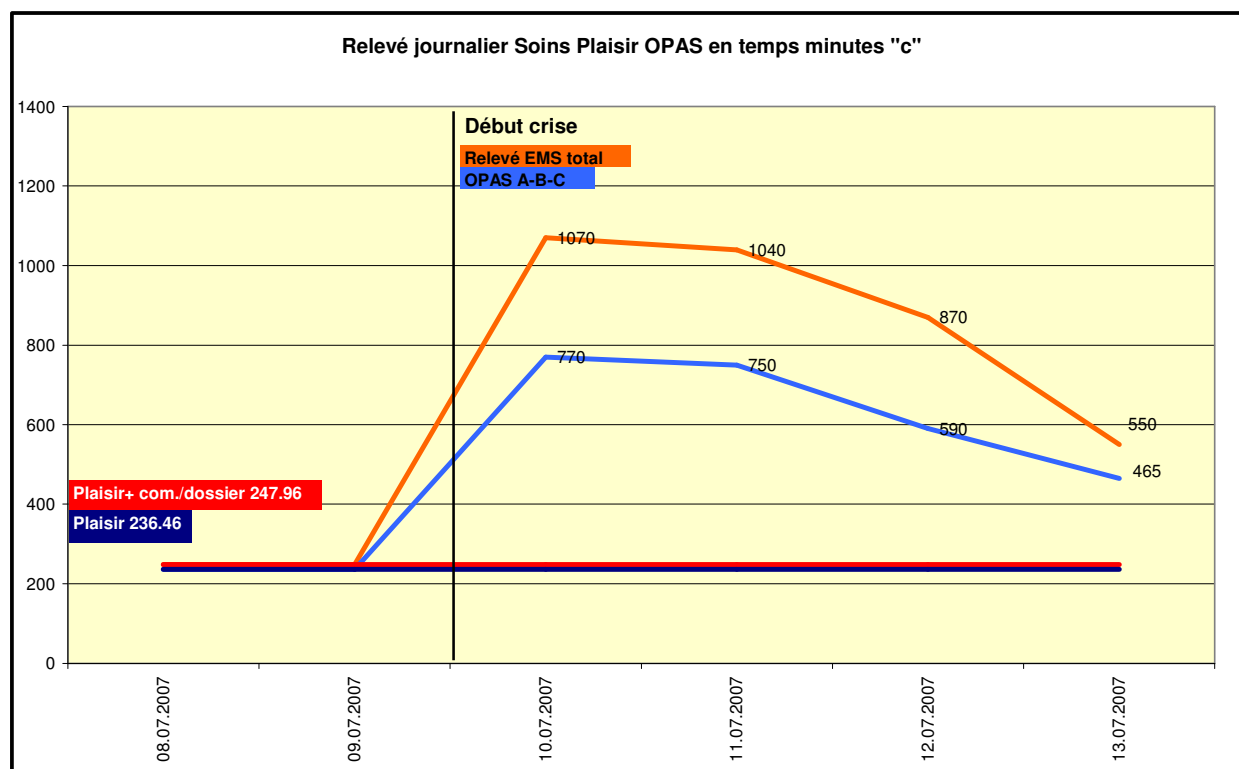
- Le premier type met en évidence la situation du résident, son âge, ses pathologies, l'événement déclenchant la crise ainsi que les résultats des évaluations PLAISIR.
- Le second permet de comparer les actions de soins relevées par les équipes et les actions de soins accordées par l'EROS et répertoriées dans le document « Classification et modification du degré de dépendance » (synthèse du FRAN).
- Le troisième présente une synthèse des résultats pour l'ensemble des situations ayant des caractéristiques similaires.

Groupe 1 – situation courte "C"

▪ Relevé du temps/minutes

Le premier tableau met en évidence la situation du résident, son âge, ses pathologies, l'événement déclenchant la crise ainsi que les résultats des évaluations PLAISIR

Situation Code	"c"	
Date d'entrée EMS	20.08.1998	
Age (année)	1912	
Sexe	M	
Famille	Veuf – 1 fils - 4 petits-enfants (Hollande) 1 compagne de vie	
Diagnosics actifs	Démence vasculaire Ulcère bas œsophage (endo-brachy-œsophage) Etat dépressif stable Prurit sénile Constipation opiniâtre	
Événement qui déclenche l'étude	Constipation – obstruction intestinale 5.7.07 Insuffisance cardiaque avec bradycardie sévère - œdèmes-possible AVC récent - dyspnée au repos/œdèmes- abdomen s/tension + douleurs	
Classe Plaisir à l'entrée	10.03	7/8 – 227'07
Réévaluation Plaisir	26.08.05	7/8 – 244'88
	22.11.06	7/8 – 236'46
Début de l'étude	10.07.07	
Fin de l'étude	13.07.07	Dcd (13.07.07)
Durée du suivi	4 jours	



Le temps/minutes moyen enregistré pour la situation courte "C" est de :

- **882,75 min/jour** pour le relevé EMS "total/jour", avec un pic à 1070 minutes/jour;
- **643,75 min/jour** pour le temps OPAS A+B+C, avec un pic à 770 minutes/jour.

En comparaison, **le temps de soins requis** est de :

- 236,46 minutes pour Plaisir;
- 247,96 minutes pour Plaisir + 11,5 minutes pour le temps de communication.

En heures cette fois (1440 minutes = 24 heures), cette situation a nécessité une prise en charge moyenne de :

- **14h42/jour** selon le relevé "total/jour" de l'EMS;
- **10h43/jour** si l'on considère le temps OPAS A+B+C;
- **4h00/jour selon Plaisir.**

Par rapport au temps total relevé par l'établissement, nous obtenons les écarts suivants (moyenne) :

- ⇒ 239,00 min/jour avec le temps "OPAS", soit le temps consacré à la gestion du dossier, aux colloques et discussions d'équipe;
- ⇒ 646,30 min/jour avec le temps de soins requis Plaisir;
- ⇒ 634,80 min/jour avec le temps de soins requis Plaisir + communication.

▪ **Les actions de soins**

Si nous poursuivons l'analyse de la situation "C" et que nous cherchons à identifier l'augmentation de ce temps lié aux actions de soins, nous pouvons mettre en évidence les éléments suivants.

Pour la catégorie "Evaluation et conseils" **OPAS A** :

Situation "c"	acte par jour	FRAN ¹⁴
		FRAN
a. Instruction et conseil	1j	1j
Observation bio-psycho-sociale constante	0.75	4
Collecte de données : mise à jour	0.75	
Entretien médical (SP)	1.5	
Communication indiv. de soutien (sans trouble cognitif)		1
Relation d'aide avec les proches	3.5	
Évaluation des symptômes majeurs	3.5	
Total	10	5
Minutes accordées	213'75	2'

- pour le "FRAN", un total de 5 actes est donné, pour un temps rémunéré de 2 minutes/24h;
- dans les faits, l'équipe a relevé un total de 10 actes durant les 4 jours, pour un temps de 213,75 minutes.

Nous constatons ainsi que pour **les prestations OPAS A** :

- ⇒ le nombre d'actes/24h a doublé;
- ⇒ le temps/minutes consacré à ces prestations est 106 fois supérieur au temps rémunéré.

¹⁴ FRAN = classification et modification du degré de dépendance, retourné à l'EMS avec le temps/minutes accordés

Pour la catégorie "Examens et soins" **OPAS B** :

Situation "c"	acte par jour	
		FRAN
b. Examens et soins	1j	1j
pose + surveillance butterfly	0.25	
enlever butterfly	0.25	
Signes vitaux : temp. axillaire	0.25	
Signes vitaux : respiration	1.75	
Signes vitaux : pulsation	0.25	
Signes vitaux : tension artérielle	0.25	
Signes neurologiques (éval. état conscience)	1.5	
Signes vasculaires	1.25	
Prépa. et admin.de médic. (per os)	2.25	6
Prépa. et admin.de médic. (intra rectal)	0.25	
Prépa. et admin.de médic. (gouttes)	4	
Médicaments sous-cutanés	0.75	
Médicaments intrav. (dans le soluté)	0.25	
Total	13.25	6
Minutes accordées	95'	3'2

- pour le "FRAN", un total de 6 actes est donné, pour un temps rémunéré de 3,2 minutes/24h;
- dans les faits, l'équipe a relevé un total de 13,25 actes/jour durant les 4 jours, pour un temps moyen de 95 minutes.

Nous constatons ainsi que pour **les prestations OPAS B** :

- ⇒ le nombre d'actes/24h a doublé;
- ⇒ les temps/minutes consacrés à ces prestations sont 30 fois supérieurs aux temps rémunérés.

Pour la catégorie "Soins de base" **OPAS C** :

Situation "c"	acte par jour	FRAN
c. Soins de base	1j	1j
Assister repas : déjeuner	0.5	1
Assister repas : dîner	0.25	1
Assister repas : souper	0.25	1
Assister repas : collation		3
Assister hydratation	2.75	
Évaluer, adapter le menu	1	
Élimination voie urinaire	2	4
Élimination vase de lit	0.5	
Élimination toilette ou chaise percée	0.25	1
Toilette partielle		0.86
Toilette complète	0.75	0.14
Toilette génitale	2.5	
Hygiène buccale tiges montées	3	
Lever avec aide	0.25	
Coucher avec aide	0.25	
Lever avec cigogne	0.5	2
Frictions et installations	2.75	4
Exercices muscul. passifs/actifs		2
Communic. indiv. de soutien (déficit cognitif)	1.25	
Toilette mortuaire	0.25	
Coucher avec cigogne		2
Soins incontinence fécale cplt		0.43
Habillage		1
Déshabillage		1
Manucure		0.14
Shampoings : aide cplt		0.14
Rasage		1
Brossage dents		2
Pousser fauteuil roulant		4
Monter fauteuil roulant		2
Démonter fauteuil roulant		2
Mettre bas thérapeutique		1
Enlever bas thérapeutique		1
Total	19	37.71
Minutes accordées	335'	231'26

Le fait que le nombre d'actions de soins données est inférieur à celui indiqué dans le document « Classification et modification du degré de dépendance » (synthèse du FRAN) peut être expliqué de la sorte :

- **premièrement** : Certains actes de la vie de tous les jours se trouvent modifiés, voire arrêtés lors d'épisodes de crise (aide au lever et au coucher, assister aux repas,...);
- **deuxièmement** : les actions de soins en rouge dans le tableau ci-dessus, n'ont pas été relevées par les équipes, ces dernières ne faisant pas partie des actions retenues dans le tableau de saisie (cf. explication p 10 et 11). Par conséquent, le nombre d'actions de soins identifiées peut être supérieur à celui relevé. Cela n'a pas de conséquence au niveau des temps/minutes, le temps consacré à l'action de soins « Rasage » étant répertorié, par exemple, dans le temps de soins de l'item « Toilette ». Il en est de même pour toutes les autres situations figurant en rouge.

Par contre, de nouvelles actions de soins apparaissent tels que l'hydratation, l'ajustement des menus, éliminations, les soins de confort, frictions et installations, soutien et communication, soit autant d'actions de soins qui nécessitent un temps important et une adaptation constante. Ceci explique pourquoi le temps de soins peut augmenter malgré une diminution du nombre d'action de soins.

Les tendances mises en évidence par l'analyse de la situation "C" se confirment **pour l'ensemble des situations courtes du groupe 1**. Le tableau ci-dessous permet cette comparaison.

Situations Gr1 "courtes"	Nb. jour	Classe Plaisir	OPAS A / Evaluation et conseils		
			Temps financé	Temps mesuré/minutes	Manco
B	6	5/8	2	183.33	-181.33
C	4	7/8	2	213.75	-211.75
D	4	6/8	2.5	82.5	-80.00
E	5	5/8	12	111	-99.00
F	5	4/8	8.21	134	-125.79

Situations Gr1 "courtes"	Nb. jour	Classe Plaisir	OPAS B / Examens et soins		
			Temps financé	Temps mesuré/minutes	Manco
B	6	5/8	2.9	150.83	-147.93
C	4	7/8	3.2	95	-91.80
D	4	6/8	3.95	75	-71.05
E	5	5/8	12.02	118	-105.98
F	5	4/8	5.06	97	-91.94

Situations Gr1 "courtes"	Nb. jour	Classe Plaisir	OPAS C / Soins de base		
			Temps financé	Temps mesuré/minutes	Manco
B	6	5/8	113.5	228.33	-114.83
C	4	7/8	231.26	335	-103.74
D	4	6/8	169.88	193.75	-23.87
E	5	5/8	68.57	241	-172.43
F	5	4/8	60.29	251	-190.71

De manière générale, nous relevons une nette augmentation du temps consacré aux actes d'évaluation, de conseils, d'examen et de soins (OPAS A et B).

Pour ce qui est des soins de base (OPAS C), il est intéressant de constater que les situations avec une classe PLAISIR élevée présentent une augmentation de temps peu importante.

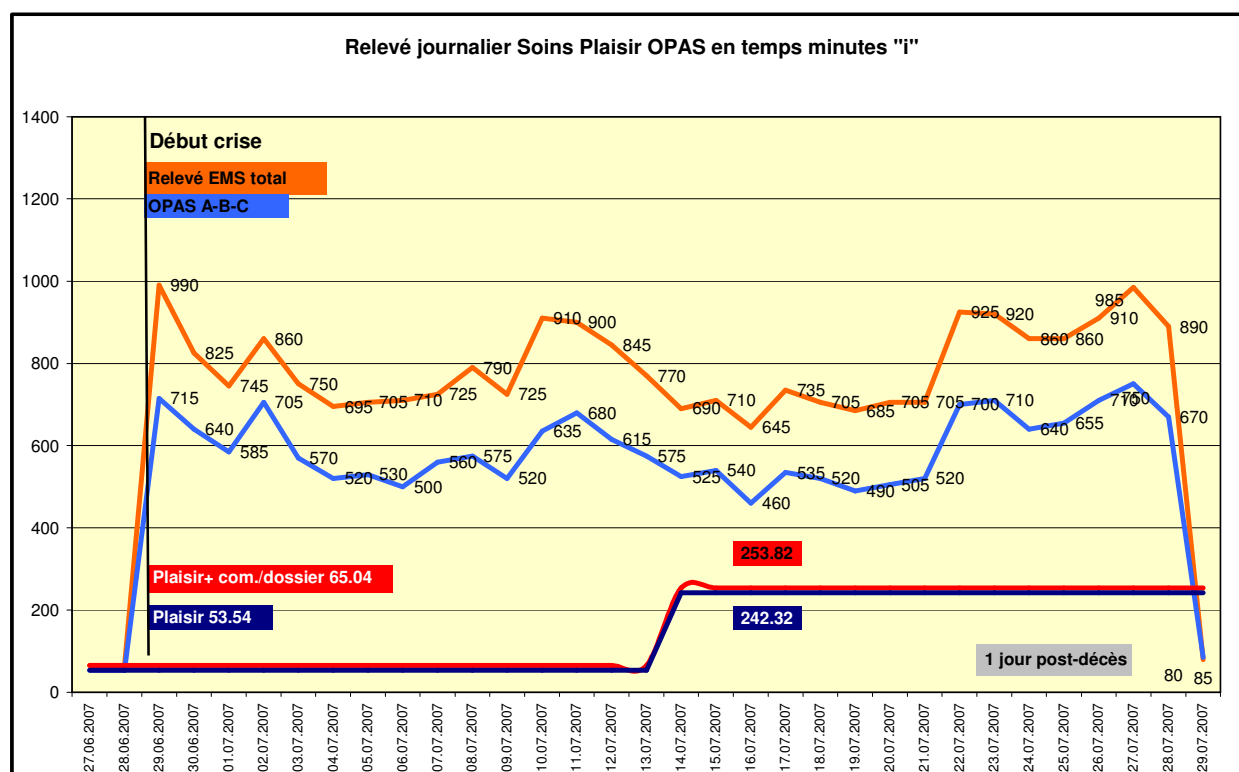
A l'inverse, plus la classe PLAISIR est basse, plus l'écart entre le temps consacré aux soins de base financé et le temps mesuré est important.

L'analyse des situations courtes du groupe 1 met en évidence une complexification de la prise en charge; cela nécessite des connaissances particulières au niveau de l'analyse bio-médicale et des compétences relationnelles spécifiques impliquant plus particulièrement le personnel qualifié.

Groupe 1 – situation longue "I"

■ Relevé du temps/minutes

Situation Code	"I"	
Date d'entrée EMS	03.08.2006	
Age (année)	1916	
Sexe	F	
Famille	Veuve 5 frères et sœurs (3 dcd) 1 fille mariée - 3 petits-enfants Famille très présente	
Diagnosics actifs	Démence sénile, légère à moyenne Lombosciatalgies sur canal lombaire étroit et discopathie L3-L4 Hyperthyroïdie infra clinique	
Evénement qui déclenche l'étude	AVC (29.06.07)	
Classe Plaisir à l'entrée	19.09.06	4/8 – 53'54
Réévaluation Plaisir	13.07.07	7/8 – 242'32
Début de l'étude	29.06.07	
Fin de l'étude	29.07.07	Dcd (28.07.07)
Durée du suivi	31 jours	



Le temps/minutes moyen enregistré pour la situation longue "I" est de :

- **772,90 min/jour** pour le relevé EMS "total/jour", avec un pic à 990 minutes/jour;
- **578,71 min/jour** pour le temps OPAS A+B+C, avec un pic à 750 minutes/jour.

En comparaison, **le temps de soins requis** est de :

- 241,31 minutes pour Plaisir;
- 253,81 minutes pour Plaisir + 11,5 minutes pour le temps de communication.

En heures cette fois, cette situation a nécessité une prise en charge moyenne de :

- **12h88/jour** selon le relevé "total/jour" de l'EMS;
- **9h30/jour** si l'on considère le temps OPAS A+B+C;
- **4h00/jour** selon Plaisir.

Par rapport au temps total relevé par l'établissement, nous obtenons les écarts suivants (moyenne) :

- 194,19 min/jour avec le temps "OPAS", soit le temps consacré à la gestion du dossier, aux colloques et discussions d'équipe;
- 531,59 min/jour avec le temps de soins requis Plaisir;
- 519,09 min/jour avec le temps de soins requis Plaisir + communication.

▪ **Les actions de soins**

Si nous poursuivons l'analyse de la situation "I" et que nous cherchons à identifier l'augmentation de ce temps lié aux actes, nous pouvons mettre en évidence les éléments suivants.

Pour la catégorie "Evaluation et conseils" **OPAS A** :

Situation "i"	acte par jour	FRAN
a. Instruction et conseil	1j	1j
Observation bio-psycho-sociale constante	2.71	5.00
Collecte de données : mise à jour	0.84	
Entretien médical (SP)	0.32	
Communication indiv. de soutien (sans trouble cognitif)	0.45	1.00
Relation d'aide	1.16	
Relation d'aide avec les proches	2.42	0.43
Évaluation des symptômes majeurs	2.13	
Total	10.03	6.43
Minutes accordées	100'81	40'36

- pour le "FRAN", un total de 6,43 actes est donné, pour un temps rémunéré de 40,36 minutes/24h;
- dans les faits, l'équipe a relevé un total de 10 actes durant les 31 jours, pour un temps de 100,81 minutes.

Nous constatons ainsi que pour les **prestations OPAS A** :

- ⇒ le nombre d'actes/24h donnés est supérieur de moitié à celui accordé par le FRAN;
- ⇒ le temps/minutes consacré à ces prestations est 2,5 fois supérieur au temps rémunéré.

Pour la catégorie "Examens et soins" **OPAS B** :

Situation "i"	acte par jour	
		FRAN
b. Examens et soins	1j	1j
Instal. Myslogène	0.03	
pose + surveillance butterfly	0.03	
enlever butterfly	0.03	
Soins ORL	0.48	
Signes vitaux : temp. axillaire	0.06	
Signes vitaux : respiration	1.74	
Signes vitaux : pulsation	0.39	0.14
Signes vitaux : tension artérielle	0.48	0.14
Signes neurologiques (éval. état conscience)	4.29	
Signes vasculaires	0.32	
Humidificateur	4.39	2.00
Prépa. et admin.de médic. (per os)	1.55	2.00
Prépa. et admin.de médic. (intra rectal)	0.10	
Prépa. et admin.de médic. (gouttes)	1.00	
Médicaments intramusculaires		
Médicaments sous-cutanés	0.10	
Assistance à un examen (EGG)	0.03	
Total	15.03	4.28
Minutes accordées	88'19	8'49

- pour le "FRAN", un total de 4,28 actes est donné, pour un temps rémunéré de 8,49 minutes/24h;
- dans les faits, l'équipe a relevé un total de 15,03 actes/jour, pour un temps moyen de 88,19 minutes.

Nous constatons ainsi que pour les prestations OPAS B :

- ⇒ le nombre d'actes/24h a triplé;
- ⇒ le temps/minutes consacré à ces prestations est 11 fois supérieur au temps rémunéré.

Pour la catégorie "Soins de base" **OPAS C** :

Situation "i"	acte par jour	FRAN
c. Soins de base	1j	1j
Assister repas : déjeuner	0.94	1.00
Assister repas : dîner	0.94	1.00
Assister repas : souper	0.94	1.00
Assister repas : collation	1.42	3.00
Assister hydratation	6.10	6.00
Évaluer, adapter le menu	2.74	
Élimination voie urinaire	5.29	7.00
Toilette partielle	2.16	
Toilette complète	0.94	0.14
Toilette génitale	4.16	
Hygiène buccale tiges montées	6.52	6.00
Lever avec aide	0.06	
Coucher avec aide	0.06	
Frictions et installations	5.32	8.00
Exercices muscul. passifs/actifs	0.84	
Communic. indiv. de soutien (déficit cognitif)	5.10	
Toilette mortuaire	0.03	
Soins incontinence fécale cplt		0.57
Soins incontinence urinaire cplt		7.00
Massage		8.00
Manucure		0.14
Pédicure		0.14
Shampoing : aide cplt		0.14
Total	43.55	49.13
Minutes accordées	388'71	193'47

- pour le "FRAN", un total de 49,13 actes est donné, pour un temps rémunéré de 193,47 minutes/24h;
- dans les faits, l'équipe a relevé un total de 43,55 actes/jour, pour un temps moyen de 388,71 minutes.

Nous constatons ainsi que pour **les prestations OPAS B** :

- ⇒ le nombre d'actes/24h a légèrement diminué;
- ⇒ le temps/minutes consacré à ces prestations est 2 fois supérieur au temps rémunéré.

Comme pour la situation "C", les actes inscrits en rouge ne figurent pas sur le relevé journalier des prestations Plaisir données. Cela rend l'analyse un peu moins précise puisqu'il n'est pas possible d'établir une comparaison prestation par prestation.

L'écart temps, que ce soit pour les actes OPAS A - B ou C des situations longues et courtes **du groupe 1**, s'explique, entre autres, par une approche différente envers le résident durant la phase de crise.

La création d'un environnement sécurisant et soutenant devient alors un élément central de la prise en soins. Le calme et un rythme adapté sont nécessaires, d'où un impact inévitable sur le temps consacré aux soins.

Les tendances mises en évidence par l'analyse de la situation "i" se confirment pour l'ensemble des situations longues du groupe 1. Le tableau ci-après permet cette comparaison.

Situations Gr1 "longues"	Nb. jour	Classe Plaisir	OPAS A / Evaluation et conseils		
			Temps financé	Temps mesuré/minutes	Manco
A	31	7/8	2	74.84	-72.84
G	18	7/8	34.5	178.33	-143.83
H	28	6/8	28.5	45.89	-17.39
I	31	7/8	40.36	100.81	-60.45

Situations Gr1 "longues"	Nb. jour	Classe Plaisir	OPAS B / Examens et soins		
			Temps financé	Temps mesuré/minutes	Manco
A	31	7/8	17.9	43.71	-25.81
G	18	7/8	8.94	113.33	-104.39
H	28	6/8	7.74	48.21	-40.47
I	31	7/8	8.49	89.19	-80.70

Situations Gr1 "longues"	Nb. jour	Classe Plaisir	OPAS C / Soins de base		
			Temps financé	Temps mesuré/minutes	Manco
A	31	7/8	234.26	305.32	-71.06
G	18	7/8	176.63	289.72	-113.09
H	28	6/8	133.05	306.43	-173.38
I	31	7/8	193.47	388.71	-195.24

Pour les prestations "OPAS C", il est intéressant de constater une concordance entre les écarts relevés pour les situations courtes et longues.

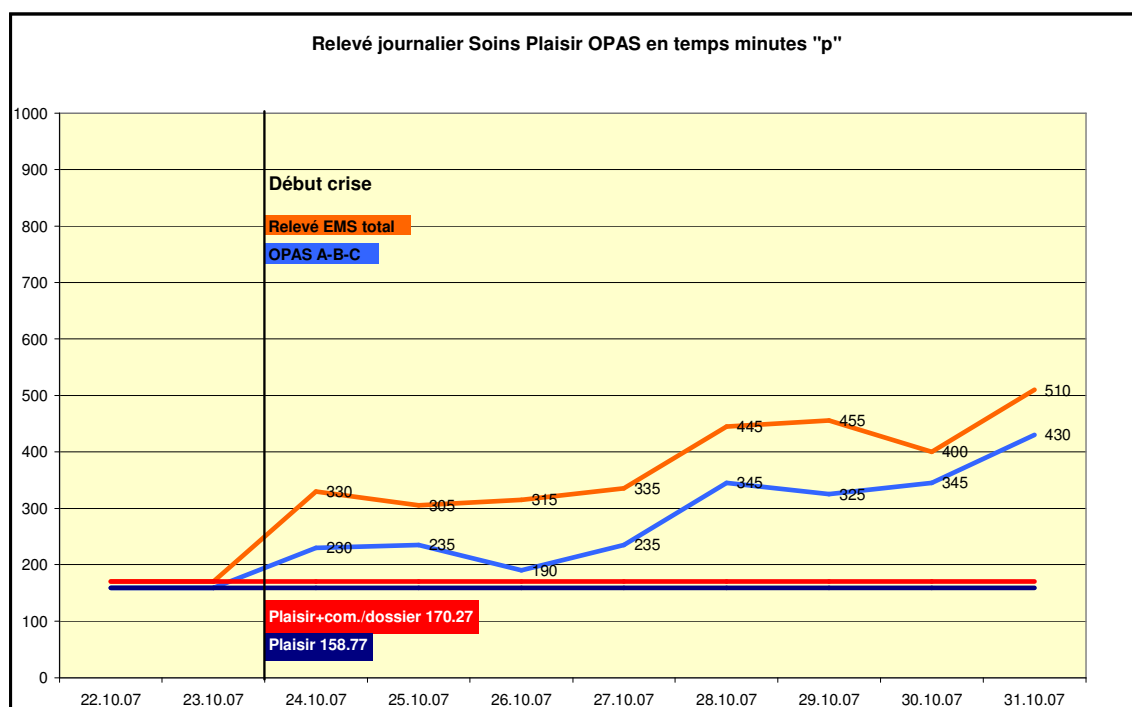
Par contre, pour les prestations "OPAS A" et OPAS B", les écarts entre le temps mesuré et le temps financé sont plus importants pour les situations courtes.

Nous pouvons comprendre ceci par le fait qu'une stabilisation succède au temps de crise. Cette période de « retour au calme » nécessite un suivi moins intense pour ce qui est des évaluations, des contrôles, des adaptations des médicaments ou du temps de communication.

Groupe 2 – situation courte "P"

▪ Relevé du temps/minutes

Situation Code	"p"	
Date d'entrée EMS	13.05.2005	
Age (année)	1925	
Sexe	M	
Famille	Veuf 2 fils	
Diagnosics actifs	Démence mixte de type Alzheimer Cardiopathie ischémique Foyer pulmonaire basal droit	
Événement qui déclenche l'étude	Décompensation cardiaque douleur	
Classe Plaisir à l'entrée	01.07.2005	5/8 127'59
Réévaluation Plaisir	01.02.2007	6/8 158'77
	21.05.2007	6/8 158'77
Début de l'étude	24.10.07	
Fin de l'étude	31.10.07	Dcd 01.11.07
Durée du suivi	8 jours	



Le temps/minutes moyen enregistré pour la situation courte "P" est de :

- **386,8 min/jour** pour le relevé EMS "total/jour", avec un pic à 510 minutes/jour;
- **313,75 min/jour** pour le temps OPAS A+B+C, avec un pic à 410 minutes/jour.

En comparaison, **le temps de soins requis** est de :

- 158,77 minutes pour Plaisir;
- 170,27 minutes pour Plaisir + 11,5 minutes pour le temps de communication.

En heures cette fois, cette situation a nécessité une prise en charge moyenne de :

- **6h30/jour** selon le relevé "total/jour" de l'EMS;
- **5h00/jour** si l'on considère le temps OPAS A+B+C;
- **2h40/jour** selon Plaisir.

Par rapport au temps total relevé par l'établissement, nous obtenons les écarts suivants (moyenne) :

- ⇒ 73,13 min/jour avec le temps "OPAS", soit le temps consacré à la gestion du dossier, aux colloques et discussions d'équipe;
- ⇒ 228,03 min/jour avec le temps de soins requis Plaisir;
- ⇒ 216,53 min/jour avec le temps de soins requis Plaisir + communication.

▪ Les actions de soins

Si nous poursuivons l'analyse de la situation "P" et que nous cherchons à identifier l'augmentation de ce temps lié aux actes, nous pouvons mettre en évidence les éléments suivants :

Pour la catégorie "Evaluation et conseils" **OPAS A** :

Situation "p"	acte par jour	FRAN
a. Instruction et conseil	1j	1j
Observation bio-psycho-sociale constante	1.00	6.00
Collecte de données : mise à jour	0.75	
Entretien médical (SP)	0.25	
Communication indiv. de soutien (sans trouble cognitif)	1.13	1.00
Relation d'aide avec les proches	2.75	
Évaluation des symptômes majeurs	0.88	
Total	6.76	7.00
Minutes accordées	24'38	3'

- pour le "FRAN", un total de 7 actes est donné, pour un temps rémunéré de 3 minutes/24h;
- dans les faits, l'équipe a relevé durant les 8 jours de relevé 6,76 actes en moyenne, pour un temps de 24,38 minutes.

Nous constatons ainsi que pour les **prestations OPAS A** :

- ⇒ le nombre d'actes/24h donnés est légèrement inférieur à celui accordé par le FRAN;
- ⇒ le temps/minutes consacré à ces prestations est 8 fois supérieur au temps rémunéré.

Pour la catégorie "Examens et soins" **OPAS B** :

Situation "p"	acte par jour	
		FRAN
b. Examens et soins	1j	1j
Signes vitaux : temp. axillaire	0.88	
Signes vitaux : respiration	0.75	
Signes neurologiques (éval. état conscience)	2.50	
Aérosol	1.25	
Aspiration sécrétions par v.b.	0.50	
Prépa. et admin.de médic. (per os)	0.63	12.00
Prépa. et admin.de médic. (intra rectal)	0.13	
Prépa. et admin.de médic. (gouttes)	3.25	
Médicaments intramusculaires	0.63	
Assistance à un examen (EGG)	0.25	
Total	10.77	12.00
Minutes accordées	68'75	6'40

- pour le "FRAN", un total de 12 actes est donné, pour un temps rémunéré de 6,40 minutes/24h;
- dans les faits, l'équipe a relevé un total de 10,77 actes/jour, pour un temps moyen de 68,75 minutes.

Nous constatons ainsi que pour **les prestations OPAS B** :

- ⇒ le nombre d'actes/24h est légèrement inférieur;
- ⇒ le temps/minutes consacré à ces prestations est 11 fois supérieur au temps rémunéré.

Remarque :

Pour la préparation et l'administration de médicaments, les équipes ont relevé la fréquence de l'action et non le nombre de comprimés comme le laisser penser la synthèse du FRAN (12 comprimés). Cela n'est pas sans conséquence sur les comparaisons. Cette remarque prévaut pour les 4 situations détaillées.

Pour la catégorie "Soins de base" OPAS C :

Situation "p"	acte par jour	FRAN
c. Soins de base	1j	1j
Assister repas : déjeuner	0.50	1.00
Assister repas : dîner	0.50	1.00
Assister repas : souper	0.38	1.00
Assister repas : collation	0.50	1.00
Assister hydratation	3.75	2.00
Évaluer, adapter le menu	1.38	
Élimination toilette ou chaise percée		5.00
Toilette partielle		0.85
Toilette complète	1.00	0.14
Toilette génitale	1.00	
Hygiène buccale tiges montées	3.75	
Lever avec aide		2.00
Coucher avec aide		2.00
Frictions et installations	6.25	2.00
Shampooing aide cplt		0.14
Manucure / pédicure		0.14
Épilation/menton, moustache		1.00
Brossage dents		2.00
Habillage		1.00
Déshabillage		1.00
Soins incontinence urinaire		1.00
Marcher simple		5.00
Total	19.00	29.27
Minutes accordées	220'63	149'37

- pour le "FRAN", un total de 29 actes est donné, pour un temps rémunéré de 149'37 minutes/24h;
- dans les faits, l'équipe a relevé un total de 19 actes/jour, pour un temps moyen de 220'63 minutes.

Nous constatons ainsi que **pour les prestations OPAS C :**

- ⇒ le nombre d'actes/24h donnés est inférieur d'un tiers environ;
- ⇒ le temps/minutes consacré à ces prestations est 1,5 fois supérieur au temps rémunéré.

Les tendances mises en évidence par l'analyse de la situation "P" se confirment **pour l'ensemble des situations courtes du groupe 2**. Le tableau ci-dessous permet cette comparaison.

Situations Gr2 "courtes"	Nb. jour	Classe Plaisir	OPAS A / Evaluation et conseils		
			Temps financé	Temps mesuré/minutes	Manco
J	12	6/8	5.86	65.42	-59.56
K	4	5/8	3.5	1.25	2.25
M	5	6/8	19.64	47	-27.36
P	8	6/8	3	24.38	-21.38

Situations Gr2 "courtes"	Nb. jour	Classe Plaisir	OPAS B / Examens et soins		
			Temps financé	Temps mesuré/minutes	Manco
J	12	6/8	17.74	37.92	-20.18
K	4	5/8	13.61	40	-26.39
M	5	6/8	5.77	8	-2.23
P	8	6/8	6.4	68.75	-62.35

Situations Gr2 "courtes"	Nb. jour	Classe Plaisir	OPAS C / Soins de base		
			Temps financé	Temps mesuré/minutes	Manco
J	12	6/8	161.8	128.75	33.05
K	4	5/8	108.87	171.25	-62.38
M	5	6/8	149.23	214	-64.77
P	8	6/8	149.37	220.63	-71.26

Malgré des écarts moins significatifs, la tendance qui se dégage des situations courtes du groupe 2, correspond à ce que nous avons pu observer pour les situations du groupe 1.

Comme nous l'avons déjà évoqué, certains résultats sont donc difficiles à analyser du fait de la saisie partielle des actes.

En voici un exemple :

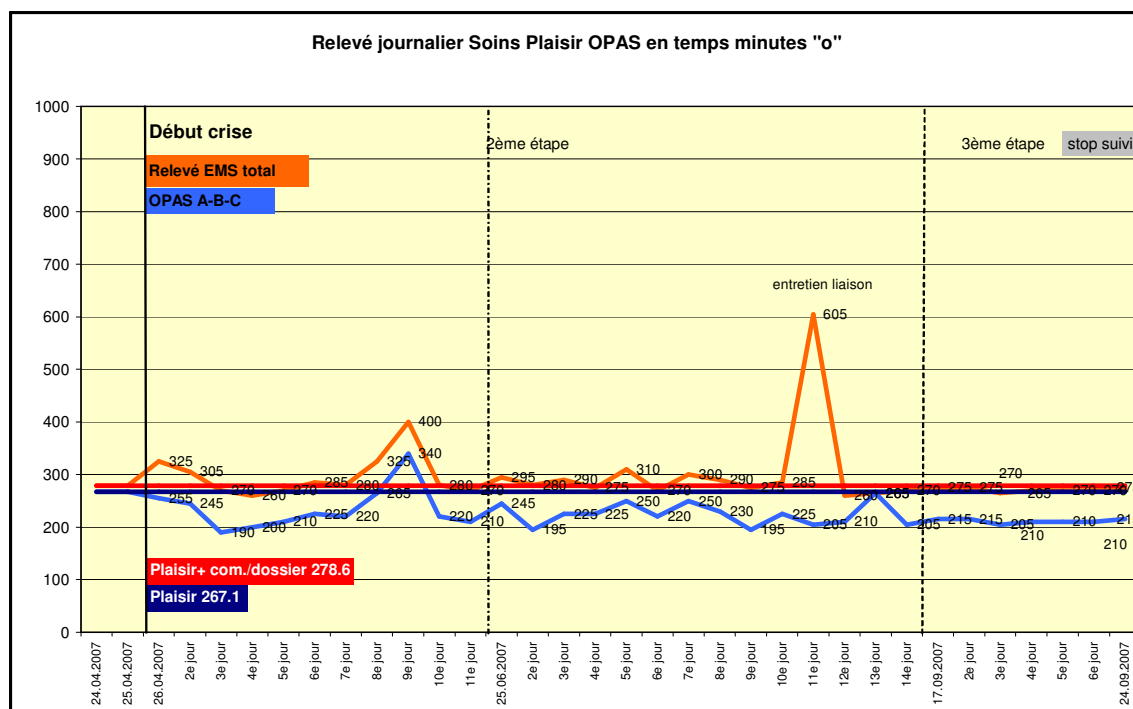
- Pour la situation K et pour l'item "Evaluation et conseils", comment expliquer en effet que le temps mesuré soit "nettement" inférieur à celui financé, sachant que cette personne est atteinte d'un cancer du sein avec des métastases pulmonaires nouvellement diagnostiquées, qu'elle présente des symptômes majeurs et qu'elle décède à l'EMS 4 jours après son retour de l'hôpital ?

Nous pouvons ainsi confirmer l'hypothèse que le temps "OPAS A" n'a pas été correctement relevé.

Groupe 2 – situation longue "O"

▪ Relevé du temps/minutes

Situation Code	"o"	
Date d'entrée EMS	30.01.2002	
Age (année)	1915	
Sexe	F	
Famille	Veuve 2 filles	
Diagnostiques actifs	HTA Insuffisance cardiaque Démence type corps de Lévy	
Événement qui déclenche l'étude	Probable AVC (27.01.07)	
Classe Plaisir à l'entrée	07.2004	6/8 – 160'66
Réévaluation Plaisir	01.05.2006	7/8 – 267'1
Début de l'étude	20.02.07 – 25.06.07 – 17.09.07	
Fin de l'étude	23.09.07	Fin étude – vit à ce jour
Durée du suivi	32 jours relevés sur 3 périodes soit (11j/14j/7j)	



Le temps/minutes moyen enregistré pour la situation longue "O" est de :

- **295 min/jour** pour le relevé EMS "total/jour", avec un pic à 605 minutes/jour;
- **223,13 min/jour** pour le temps OPAS A+B+C, avec un pic à 409 minutes/jour.

En comparaison, le temps de soins requis est de :

- 267,1 minutes pour Plaisir;
- 278,6 minutes pour Plaisir + 11,5 minutes pour le temps de communication.

En heures cette fois, cette situation a nécessité une prise en charge moyenne de :

- **4h55/jour** selon le relevé "total/jour" de l'EMS;
- **3h43/jour** si l'on considère le temps OPAS A+B+C;
- **4h27/jour** selon Plaisir.

Par rapport au temps total relevé par l'établissement, nous obtenons les écarts suivants (moyenne) :

- ⇒ 71,8 min/jour avec le temps "OPAS", soit le temps consacré à la gestion du dossier, aux colloques et discussions d'équipe;
- ⇒ 7,9 min/jour avec le temps de soins requis Plaisir;
- ⇒ 16,4 min/jour avec le temps de soins requis Plaisir + communication.

▪ **Les actions de soins**

Si nous poursuivons l'analyse de la situation "O" et que nous cherchons à identifier l'augmentation de ce temps lié aux actes, nous pouvons mettre en évidence les éléments suivants :

Pour la catégorie "Evaluation et conseils" **OPAS A** :

Situation "o"	acte par jour	FRAN
a. Instruction et conseil	1j	1j
Observation bio-psycho-sociale constante	0.75	3.00
Info secteur interdisciplinaires et piquet		
Instruction famille/aide repas		
Collecte de données : mise à jour	0.13	
Entretien médical (SP)	0.13	
Communication indiv. de soutien (sans trouble cognitif)	0.50	1.00
Relation d'aide	0.72	
Relation d'aide avec les proches	0.16	
Évaluation des symptômes majeurs	0.16	
Total	2.53	4.00
Minutes accordées	27'19	16'50

- pour le "FRAN", un total de 4 actes/jour donnés, pour un temps rémunéré moyen de 16,5 minutes/24h;
- dans les faits, l'équipe a relevé en moyenne 2,53 actes pendant les 32 jours de l'étude, pour un temps moyen de 27,19 minutes/jour.

Nous constatons ainsi que pour les **prestations OPAS A** :

- ⇒ le nombre d'actes/24h donnés est inférieur d'un tiers;
- ⇒ le temps/minutes consacré à ces prestations est par contre 1,6 fois supérieur au temps rémunéré.

Pour la catégorie "Examens et soins" **OPAS B** :

Situation "o"	acte par jour	FRAN
b. Examens et soins	1j	1j
Pansements (en général)	0.13	
Signes vitaux : pulsation		0.14
Signes vitaux : tension artérielle		0.14
Prépa. et admin.de médic. (per os)	3.00	4.00
Prépa. et admin.de médic. (gouttes)	2.34	
Total	5.47	4.28
Minutes accordées	57'81	7'64

- pour le "FRAN", un total de 4 actes est donné, pour un temps rémunéré de 7,64 minutes/24h;
- dans les faits, l'équipe a relevé un total de 5,75 actes/jour, pour un temps moyen de 57,81 minutes.

Nous constatons ainsi que pour les **prestations OPAS B** :

- ⇒ le nombre d'actes/24h est très légèrement supérieur (+ 1,4 fois);
- ⇒ le temps/minutes consacré à ces prestations est par contre 8 fois supérieur au temps rémunéré.

Pour la catégorie "Soins de base" OPAS C :

Situation "o"	acte par jour	FRAN
c. Soins de base	1j	1j
Assister repas : déjeuner	0.94	1.00
Assister repas : dîner	1.00	1.00
Assister repas : souper	0.97	1.00
Assister repas : collation	0.97	1.00
Assister hydratation	2.72	2.00
Évaluer, adapter le menu	0.13	0.14
Élimination vase de lit	3.72	
Élimination toilette ou chaise percée		5.00
Toilette partielle	0.34	0.86
Toilette complète	0.66	0.14
Toilette génitale	0.13	
Lever avec aide		1.00
Coucher avec aide	0.34	1.00
Lever avec cigogne	0.41	
Frictions et installations	5.16	1.00
Exercices muscul. passifs/actifs	0.03	
Communic. indiv. de soutien (déficit cognitif)	0.63	
Communic. indiv. de soutien (prob. psy)	6.56	
Soins incontinence urinaire cplt		2.00
Marcher avec compensation		4.00
Habillage		1.00
Déshabillage		1.00
Manucure		0.14
Shampoing : aide cplt		0.14
Brossage dents		2.00
Mettre bas thérapeutique		1.00
Enlever bas thérapeutique		1.00
Pansements aseptiques		2.00
Total	24.69	29.42
Minutes accordées	138'13	242'96

Pour cette situation, nous constatons une diminution du temps consacré aux soins. Cette baisse peut être comprise de différentes manières :

- depuis la dernière évaluation PLAISIR datant de juin 2006 (Plaisir 7,267 min.), la situation a pu s'améliorer quelque peu;
- l'EMS nous a informé qu'il n'a pas rempli de manière exhaustive les fiches de relevé, notamment pour ce qui est du temps de communication avec les proches;
- l'EMS a indiqué avoir mesuré uniquement le temps en présence du résident, sans tenir compte du temps nécessaire à la préparation des actes.

Les tendances mises en évidence par l'analyse de la situation "O" se confirment **pour l'ensemble des situations longues du groupe 2**. Le tableau, ci-dessous, permet cette comparaison.

Situations Gr2 "longues"	Nb. jour	Classe Plaisir	OPAS A / Evaluation et conseils		
			Temps financé	Temps mesuré/minutes	Manco
N	25	5/8	13.64	25.8	-12.16
O	32	7/8	16.5	18.57	-2.07
Q	44	6/8	26.5	50.68	-24.18

Situations Gr2 "longues"	Nb. jour	Classe Plaisir	OPAS B / Examens et soins		
			Temps financé	Temps mesuré/minutes	Manco
N	25	5/8	17.11	57.8	-40.69
O	32	7/8	7.64	62.86	-55.22
Q	44	6/8	39.54	8.3	31.24

Situations Gr2 "longues"	Nb. jour	Classe Plaisir	OPAS C / Soins de base		
			Temps financé	Temps mesuré/minutes	Manco
N	25	5/8	102.41	65.4	37.01
O	32	7/8	242.96	130	112.96
Q	44	6/8	128.16	193.75	-65.59

Analyse de l'ensemble des actions de soins

En comparant les actions de soins relevées par les équipes avec celles qui figurent dans le document « Classification et modification du degré de dépendance » (synthèse du FRAN), les constats suivants peuvent être tirés.

1. Des actions de soins, non répertoriées dans les catégories de soins PLAISIR, sont effectuées par les équipes; cela concerne plus particulièrement :
 - la démarche d'évaluation de la douleur et des symptômes majeurs, à l'aide d'outils validés comme les échelles EVA, DOLOPLUS et ESAS;
 - ces actions de soins peuvent représenter une activité importante, tant au niveau de la fréquence (jusqu'à 5 fois par jour pour certaines situations), que des temps/minutes (en moyenne 10 à 15 minutes par évaluation);
 - l'installation et la surveillance de matelas anti-escarre "alternating" qui ne figure pas, à notre connaissance, parmi les mesures de protection reconnues;
 - du fait de la fréquence de l'utilisation de ce matériel et du temps consacré à son installation et sa surveillance, cette action devrait pouvoir être relevée dans le FRAN et ce, de manière spécifique.
2. Des actions de soins répertoriées dans les catégories de soins PLAISIR mais ne figurant pas dans le document « Classification et modification du degré de dépendance », sont données par les équipes (en bleu dans le tableau ci-après) ⇒ *questionnement 2*.
3. Des actions de soins qui figurent dans « la classification et modification du degré de dépendance », n'ont pas été retenues dans la sélection des actions de soins des fiches de relevé (fiche pour le relevé journalier des prestations données);
 - comme déjà mentionné, ces actions de soins peuvent :
 - avoir été données tout en étant relevées sous d'autres actes de soins (par exemple : le rasage sous toilette);
 - ne pas avoir été réalisées car n'étant plus d'actualité (par exemple : marcher dans les corridors);
 - ces actions de soins apparaissent en rouge dans le tableau "Actions de soins" qui figurent dans la synthèse du FRAN, mais qui n'apparaissent pas dans les relevés des équipes" (cf. tableaux ci-après) ⇒ *questionnement 3*.
4. Des actions de soins qui figurent dans « la classification et modification du degré de dépendance », voient leur fréquence augmenter par rapport à ce qui est accordé par l'EROS (en vert dans le Tableau des actions de soins qui sont en augmentation ou qui ne figurent pas dans la synthèse du FRAN) ⇒ *questionnement 4*.
5. Des actions des soins répertoriées dans les catégories de soins PLAISIR et figurant dans « la classification et modification du degré de dépendance » voient leur fréquence diminuer par rapport à ce qui est accordé par l'EROS (en brun dans le tableau des actions des soins qui sont en diminution par rapport à la synthèse du FRAN) ⇒ *questionnement 5*.

Les tableaux ci-après permettent d'identifier les écarts entre les actions de soins relevées par les équipes et celles accordées par l'EROS.

Tableau des actions de soins qui sont en augmentation ou qui ne figurent pas dans la synthèse du FRAN

CPAS	Items	Fréquence pour la situation mesurée la plus élevée	Fréquence accordée pour la même	Groupe 1		Groupe 2	
				Moyenne par jour mesurée pour	Moyenne par jour accordée pour	Moyenne par jour mesurée pour	Moyenne par jour accordée pour
A	Collectes de données : mises à jour	2,67	0	0.7	0	0.28	0
	Entretien médical	1,5	0	0.84	0	0.19	0
	Relation d'aide	6,22	0	1.53	1	0.61	0.16
	Relation d'aide avec les proches	5,5	0	2.89	0.05	0.68	0.02
B	Pose + surveillance butterfly	0,4	0	0.13	0	0.04	0
	Enlever butterfly	0,4	0	0.14	0	0	0
	Signes vitaux neurologiques et vasculaires (globalement)	26,25	0,28	8.15	0.16	1.34	0.16
	Préparation de médicaments						
	o Intrarectal	1,55	0	0.34	0	0.08	0
	o Gouttes	4,67	0	2.66	0	1.16	0.43
	o Intramusculaire	2,83	0	0.26	0.03	0.09	0
	o Sous-cutané	3,6	0	1.03	0.22	0.6	0.29
Pansement général	1,03	0,57	0.13	0.06	0.29	0	
C	Assister hydratation	7,14	3	3.8	3	2.57	2
	Evaluer et adapter le menu	3,94	0	1.24	0	0.25	0.02
	Toilette complète	1,17	0,14	0.78	0.14	0.65	0.14
	Toilette génitale	4,16	0	1.63	0	0.28	0
	Hygiène buccale avec tiges montées	6,52	0	3.69	0.89	1.41	0
	Elimination (roie urinaire - vase de lit - toilette ou chaise percée)	6,52	4	3.59	2.11	2.28	2.43
	Frictions et installations	5,5	0	3.44	2.33	3.35	1.86
	Communication individuelle de soutien (déficits cognitifs)	6,75	0	4.15	0	0.09	0
Communication individuelle de soutien (prob. psy.)	1,1	0	0.13	0	1.08	0	

Tableau des actions des soins qui sont en diminution par rapport à la synthèse du FRAN

CPAS	Items	Fréquence pour la situation mesurée la plus élevée	Fréquence accordée pour la même	Groupe 1		Groupe 2	
				Moyenne par jour mesurée pour	Moyenne par jour accordée pour	Moyenne par jour mesurée pour	Moyenne par jour accordée pour
A	Observation bio-psycho-sociale	6,83	3	3.27	4.56	0.38	4.43
	Communication indiv. de soutien (sans troubles cognitif)	1,17	1	0.42	1	0.88	1
B	Préparation de médicaments *						
	o Per os	5,33	0,14	2.54	5.32	2.01	8.71
C	Assister repas (déjeuner - dîner - souper - collation)	6,5	3	3.06	3.52	2.19	3.57
	Toilette partielle	2,16	0	0.66	0.76	0.37	0.73
	Lever et coucher avec aide	8,4	2	2.67	3.67	0.55	3.29

* Nous rappellerons également que la préparation et l'administration de médicaments ont fait l'objet d'un relevé en fonction de la fréquence de l'action, alors que la synthèse du FRAN laisse à penser que le nombre de comprimés distribués est compté.

Tableau des actions de soins qui figurent dans la synthèse du FRAN mais qui n'apparaissent pas dans les relevés des équipes

OPAS		Moyenne par jour accordée pour les 9 situations		Items	Moyenne par jour mesurée pour les 7 situations	
		Moyenne par jour mesurée pour les 9 situations	Moyenne par jour accordée pour les 9 situations		Moyenne par jour mesurée pour les 7 situations	Moyenne par jour accordée pour les 7 situations
		Groupe 1			Groupe 2	
B	Médicament sur une muqueuse aide cplt	0.00	0.11	Test sur le sang	0.00	0.04
	Application onguents/enveloppe	0.00	0.37	Application onguents/enveloppe	0.00	0.31
	Pesée aide partielle	0.00	0.02	Pesée aide partielle	0.00	0.06
				Pansement aseptique	0.00	0.29
C	Activité thérapeutique groupe	0.00	0.03	Brossage dents	0.00	2.00
	Brossage dents	0.00	1.59	Coucher avec cigogne	0.00	0.29
	Coucher avec cigogne	0.00	0.22	Démonter fauteuil roulant	0.00	0.43
	Coucher simple	0.00	0.05	Déshabillage	0.00	1.00
	Démonter fauteuil roulant	0.00	0.78	Enlever bas thérapeutique	0.00	0.14
	Déshabillage	0.00	0.89	Épilation/menton, moustache	0.00	0.14
	Enlever prothèse aud	0.00	0.22	Habillage	0.00	1.00
	Enlever prothèse orto.	0.00	0.11	Lever du lit cigogne	0.00	0.43
	Enlever bas thérapeutique	0.00	0.44	Installation posit. au lit	0.00	1.00
	Épilation /menton/moustache	0.00	0.02	Manucure	0.00	0.14
	Habillage	0.00	0.89	Massage instinale	0.00	0.10
	Installation position lit	0.00	1.22	Marcher dans corridor	0.00	1.57
	Installer prothèse orto.	0.00	0.11	Marcher avec compensation	0.00	0.57
	Inst et aj prothèse auditive	0.00	0.22	Marcher simple	0.00	0.71
	Manucure	0.00	0.14	Mettre bas thérapeutique	0.00	0.14
	Massage	0.00	0.89	Monter fauteuil roulant	0.00	0.43
	Marcher dans corridor	0.00	1.89	Pansement aseptique	0.00	0.35
	Mettre bas thérapeutique	0.00	0.44	Pédicure	0.00	0.08
	Monter fauteuil roulant	0.00	0.78	Pousser fauteuil roulant	0.00	0.73
	Pédicure	0.00	0.08	Rasage	0.00	0.02
	Pousser fauteuil roulant	0.00	1.22	Shampoing : aide cplt	0.00	0.12
	Rasage	0.00	0.44	Soins incontinence urinaire	0.00	1.96
	Shampoing : aide cplt	0.00	0.14	Toilette sans cigogne	0.00	1.29
	Soins incontinence fécale cplt	0.00	0.22			
	Soins incontinence urinaire	0.00	1.78			
	Toilettes sans cigogne	0.00	1.33			
	Repas : collation aide cplt	0.00	0.06			
	Repas : déjeuner aide cplt	0.00	0.06			
	Repas : dîner aide cplt	0.00	0.06			
	Repas : souper aide cplt	0.00	0.06			

Ces comparatifs nous permettent de répondre aux 5 premiers points de notre questionnaire. Nous mettons ainsi en évidence l'évolution des actions de soins nécessaires à l'accompagnement d'un résident vivant une situation de crise caractérisée par un pronostic vital menacé.

Cette évolution permet d'expliquer, en partie, la différence entre le temps de soins reconnu par l'EROS et le temps de soins réel, relevé par les équipes.

Nous poursuivons notre analyse tentant de répondre à la question de la réévaluation de la situation.

Analyse du système de réévaluation

Comme évoqué précédemment, la Décision No 9 de la commission technique PLAISIR revue le 03.04.08, mentionne que le résident est « réévalué chaque fois que son état se péjore ou s'améliore de manière sensible et durable, mais, en principe, au maximum 2 fois par année et au minimum 1 fois tous les deux ans ».

Cependant, l'état de santé peut être reconnu instable (code A sur le bordereau de l'unité de soins); dans ce cas, des actions de soins temporaires sont accordées par les relectrices¹⁵.

Pour notre analyse, il nous a paru intéressant de différencier une nouvelle fois les situations courtes des longues.

Pour les situations courtes

L'évolution rapide des situations pose à l'évidence des difficultés pour effectuer une réévaluation (une moyenne de 5 à 7 jours entre le début de la crise au décès). Ainsi, la totalité des situations courtes suivies durant l'étude n'ont pas fait l'objet d'une réévaluation.

Il semble néanmoins que certaines institutions (non impliquées dans l'étude) le font, la possibilité d'une rémunération rétroactive dans le système actuel étant prévue. Sur ce point et comme les avis recueillis divergent, notre réponse se transforme ainsi en une double interrogation :

1. Une réévaluation répondant à ces conditions est-elle réellement réalisable, sachant que la personne est en crise jusqu'à son décès ?
⇒ Si oui, les institutions sont-elles suffisamment informées de cette possibilité ?
2. Est-ce que le fait de recourir à un évaluateur externe est un frein ou non à sa réalisation (pour des questions de disponibilités) ?

Pour les situations longues

Les situations longues qui n'ont pas fait l'objet d'une réévaluation

Sur les 7 situations « dites longues », cinq n'ont pas fait l'objet d'une réévaluation durant la période de relevé (A, H, N, O, Q).

S'il est tenu compte uniquement des deux évaluations en principe possibles par année (cf. page 7 de l'étude, chapitre sur le système Plaisir), toutes ces situations auraient pu faire l'objet d'une réévaluation.

Par contre, si nous introduisons la notion d'amélioration/péjoration sensible et durable de la situation, il n'est plus possible d'être aussi catégorique.

En observant les courbes des temps de soins figurant sur les graphiques des situations A – H – N et Q (cf. graphiques des situations annexés), nous constatons des variations quotidiennes de plusieurs dizaines de minutes de soins. Cela démontre bien l'instabilité à laquelle doivent faire face les professionnels, durant les périodes de crise.

¹⁵ (site internet ISE, www.isesuisse.ch/fr/index.htm, FAQ, Questions les plus fréquemment posées).

Dans ce contexte, l'estimation d'une modification « sensible et durable », telle que mentionnée dans les directives de la commission PLAISIR, nous paraît être un exercice délicat.

Qu'entend-on par amélioration ou péjoration durable ? Quels sont les critères qui permettraient de dire si l'on se trouve ou non face à une situation stabilisée ? Quel degré de variation en temps et en actions de soins est acceptable pour que l'on parle d'une situation stabilisée ?

Ces questions peuvent expliquer, en partie, la non-réévaluation de ces situations.

Les courbes de la situation O démontrent, par contre, une plus grande stabilité au niveau des temps/minutes donnés; selon nous et en fonction des données en notre possession, cette situation aurait pu faire plus facilement l'objet d'une réévaluation.

Les situations longues qui ont fait l'objet d'une réévaluation

Pour les situations I et G, les évaluations avaient été effectuées 28 jours et 10 mois avant la crise, avant d'être refaites durant celle-ci.

De ces deux situations, nous pouvons identifier les éléments suivants :

- Pour la situation dont la réévaluation a été effectuée 15 jours après le début de la crise, l'institution a reçu une rémunération pour 65 minutes de soins par jour, alors que les relevés du terrain montrent que les soignants ont travaillé approximativement 9 x plus.
- Après la réévaluation de la situation I, ce sont **242.32** minutes qui sont financées, contre **578.71** minutes selon le relevé des soignants; si l'écart s'est réduit, le temps de soins relevé est encore 2.5 x supérieur au temps de soins financé.
- Avant la réévaluation de la situation G qui a été effectuée 2 mois après le début de la crise, l'institution a reçu une rémunération pour 165 minutes de soins, alors que les relevés du terrain montrent que les soignants ont travaillé approximativement 3.5 x plus.
- Après la réévaluation de la situation G, ce sont **220.07** minutes qui sont financées, contre **581.39** minutes selon le relevé des soignants; si l'écart s'est également réduit, le temps de soins relevé est encore 2.5 x supérieur au temps de soins financé.
- Selon les relevés effectués sur le terrain, ces deux situations auraient pu bénéficier de la classe PLAISIR 8 (= **329.51** minutes), alors que l'EROS les classe dans la moyenne de la classe 7 (à 100 minutes de la limite supérieure de cette classe).
- Même si la classe Plaisir 8 avait été accordée (avec un Plaisir 8 au maximum, soit **329.51** minutes), le manco en minutes serait respectivement de **249.2** minutes et de **251.88** minutes.
- Lors de la relecture, **les actions suivantes n'ont pas été accordées par l'EROS** :
 - hygiène localisée – contrôle des signes neurologiques – pose et surveillance du matelas "alternating".
- Lors de la relecture, **les actions suivantes ont été réévaluées à la baisse** :
 - hygiène buccale, tiges montées – humidificateur – hydratation – friction – installation – observation bio-psycho-sociale constantes.
- Lors de la réévaluation, **des actions de soins n'ont pas été relevées sur le FRAN alors qu'elles figurent parmi les actions de soins réalisées par les équipes**; il s'agit :
 - des collectes de données et de la relation d'aide.
- De même, la fréquence des entretiens médicaux introduite dans le FRAN est inférieure à celle relevée sur le terrain.

De ces constats, il apparaît que même la réévaluation ne suffit pas à combler l'écart entre le temps consacré aux soins et le temps accordé par l'EROS.

L'hypothèse suivante peut être ainsi posée :

- Les pondérations des actions de soins en termes de temps requis pour les exécuter, sont probablement sous-estimées; elles ne tiennent pas suffisamment compte du fait que chaque action de soins prend plus de temps lorsque le soignant s'occupe d'un résident en situation de crise (par rapport à une situation stable et chronique).

Calcul du manco de financement

Pour calculer le manco de financement, nous avons pris pour base la différence entre le temps/minutes donné et le temps/minute financé, multipliée par la durée moyenne de la période de crise pour chacun des quatre groupes. Il est également tenu compte d'un salaire moyen.

Soit pour chaque groupe :

$$(temps/min. donné - temps/min. financé) \times durée moyenne période de crise \times salaire moyen$$

Nous avons estimé le salaire horaire moyen en différenciant les actions de soins menées principalement par du personnel infirmier diplômé (OPAS A et B), de celles pouvant être exécutées par du personnel moins qualifié (OPAS C).

Pour obtenir ce rapport, nous nous sommes basés sur les relevés des actions données. Ils montrent que 2/3 des actions de soins sont données par du personnel qualifié (OPAS A et B).

Nous sommes ainsi partis d'un salaire horaire moyen de SFr. 50.- pour une infirmière et de SFr. 30.- pour une aide infirmière (y compris dimanche, fériés, nuits, 13^{ème} salaire et charges patronales), pour obtenir un salaire moyen "global" de SFr. 43.30/heure.

Tableau présentant le manco "temps/financier" – Situations courtes GR 1

5 situations Gr 1 "courtes"	Temps rémunéré	Temps relevé	Temps rémunéré y.c. communication	Temps relevé y.c. communication
Total 5 situations	696.86	2428.34	754.37	3533.84
Temps moyen pour 1 situation	139.37	485.67	150.87	706.77
Manco temps/min. moyen par jour	346.30		555.89	
Durée moyenne crise (jours)	4.8			
Calcul pour 1 situation	4.8 jours x 346.3		4.8 jours x 555.8	
Soit un manco/min./sit.	1662.22		2668.29	
Soit un manco financier	SFr. 1'199.57		SFr. 1'925.62	

Tableau présentant le manco "temps/financier" – Situations courtes GR 2

4 situations Gr 2 "courtes"	Temps rémunéré	Temps relevé	Temps rémunéré y.c. communication	Temps relevé y.c. communication
Total 4 situations	644.81	1040.64	690	1228.13
Temps moyen pour 1 situation	161.20	260.16	172.50	307.03
Manco temps/min. moyen par jour	98.96		134.53	
Durée moyenne crise (jours)	7.25			
Calcul pour 1 situation	7.25 jours x 98.96		7.25 jours x 134.53	
Soit un manco/min./sit.	717.44		975.36	
Soit un manco financier	SFr. 517.75		SFr. 703.89	

Tableau présentant le manco "temps/financier" – Situations longues GR 1

4 situations Gr 1 "longues"	Temps rémunéré	Temps relevé	Temps rémunéré y.c. communication	Temps relevé y.c. communication
Total 4 situations	884.84	1986.66	931.12	2550.71
Temps moyen pour 1 situation	221.21	496.67	232.78	637.68
Manco temps/min. moyen par jour	275.46		404.90	
Durée moyenne crise (jours)	27			
Calcul pour 1 situation	27 jours x 275.46		27 jours x 404.90	
Soit un manco/min./sit.	7437.29		10932.23	
Soit un manco financier	SFr. 5'367.24		SFr. 7'889.43	

Tableau présentant le manco "temps/financier" – Situations longues GR 2

3 situations Gr 2 "longues"	Temps rémunéré	Temps relevé	Temps rémunéré y.c. communication	Temps relevé y.c. communication
Total 3 situations	1308.84	1095.60	1355.84	1474.28
Temps moyen pour 1 situation	436.28	365.20	451.95	491.43
Manco temps/min. moyen par jour	-71.08		39.48	
Durée moyenne crise (jours)	33.67			
Calcul pour 1 situation	33.67 jours x 71.08		33.67 jours x 39.48	
Soit un manco/min./sit.	SFr. -2393.26		SFr. 1329.29	

Remarques

Nous constatons un manco financier par situation qui va de SFr. 517.75 pour les situations courtes du Gr2 (sans le temps de communication en équipe et la gestion des dossiers, selon OPAS) à SFr. 5'367.24 pour les situations longues du Gr1 (toujours sans le temps de communication en équipe et la gestion des dossiers).

Si nous introduisons cette fois le temps de communication en équipe et la gestion des dossiers pour ces situations, le manco financier augmente en moyenne de 35% pour les situations courtes du Gr2 et de 47% pour les situations longues du Gr1.

Les différences que nous obtenons au niveau des mancos de financement moyens (dernière ligne de chacun des quatre tableaux ci-avant), s'expliquent, comme déjà évoqué précédemment, par un degré de précision dans les relevés qui n'est pas uniforme et bien évidemment par la durée de chacune des crises recensées.

Le résultat moyen obtenu pour les situations longues du GR2, en est un exemple. Nous obtenons ainsi un temps financé supérieur au temps relevé (temps relevé - temps financé = -2393.26), sans le temps de communication.

Comme explicité aux chapitres "Analyse des situations" et "Critères d'inclusion/exclusion une fois les données retournées", l'EMS principalement concerné par ces situations, nous a informé, à posteriori, des difficultés rencontrées pour systématiser les relevés. Seul le temps en présence directe avec le résident avait été relevé, sans tenir compte du temps nécessaire à la préparation. D'autre part, il est possible qu'une situation ait pu s'améliorer quelque peu depuis la dernière évaluation Plaisir et ce, malgré la crise (supposition).

Estimation d'un manco global par institution et par année

Après avoir identifié le manco de financement pour les situations analysées, il serait intéressant de pouvoir le calculer pour l'ensemble des situations de crise que rencontre chaque établissement durant une année. Cela permettrait d'estimer le manco de financement "global".

S'il ne nous est pas possible de le calculer dans le cadre de cette étude puisque il nous manque la durée de chacune des crises vécues par les résidents tout au long de l'année, nous aimerions néanmoins montrer que chaque établissement est confronté régulièrement aux situations de crise caractérisées par un pronostic vital menacé.

Pour ce faire et comme mentionné dans le protocole, il a été demandé aux établissements de transmettre une liste indiquant pour l'année 2007 :

- le nombre de décès;
- le nombre de résidents ayant vécu une crise caractérisée par un pronostic vital menacé, dont la santé s'est stabilisée durant l'année en cours.

Les EMS nous ont transmis leurs données sur la base de l'analyse des dossiers de soins.

Tableau des données annoncées par EMS

EMS	Nb de lits	Décès 2007	Décès avec crise	Décès sans crise	Crise sans décès
1	103	36	35	1	12
2	111	46	19	27	13
3	54	14	9	5	0
4	NSP	NSP	NSP	NSP	NSP
5	84	22	16	6	1

Sur la base de l'ensemble des données recueillies, nous constatons :

- Pour les 4 EMS qui ont répondu, le nombre de décès moyen est de **33 décès pour 100 lits**.
- **Globalement, deux personnes décédées sur trois** ont vécu une situation de crise dans les jours qui ont précédé le décès.

Néanmoins, il faut noter des différences plus ou moins importantes au niveau du nombre de décès avec ou sans crise. Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que la notion de crise peut être comprise de manière différente en fonction des équipes. Cette approche entre crise et décès est en effet nouvelle; elle doit encore être développée et assimilée au sein des établissements.

D'autre part, il est clair que nombre de décès avec ou sans crise, peut varier d'une année à l'autre, en fonction de la population hébergée à ce moment-là.

- **Un peu moins d'un résident sur dix** vit une ou plusieurs périodes de crise, sans que cela aboutisse au décès durant l'année civile.

Le nombre de décès rapporté aux résidents hébergés durant l'année, concorde avec les données cantonales. Pour 2007, ces dernières relevaient en effet 1'661 décès en EMS, pour un total de 5'631 résidents. Cela donne un ratio annuel de 30 décès pour 100 résidents.

En extrapolant les résultats de l'étude au niveau cantonal pour ce qui est du nombre de crises:

- plus de 1'000 résidents par année vivraient une situation de crise nécessitant une prise en soins renforcée et ce, dans les jours qui précèdent leur décès;
- plus de 400 résidents vivraient, chaque année, une crise caractérisée par un pronostic vital menacé, sans que cela aboutisse au décès.

Si nous appliquons le manco de financement moyen calculé pour les situations courtes du Gr1 uniquement (les relevés des situations du GR1 étant les plus complets), nous obtenons un manco de financement global de :

- Sans le temps de communication : $1400 \text{ crises} \times \text{SFR. } 1'199.57 = \text{SFR. } 1'679'398.-$
- Avec le temps de communication : $1400 \text{ crises} \times \text{SFR. } 1'925.62 = \text{SFR. } 2'695'868.-$

Si nous appliquons, cette fois, le manco de financement moyen calculé pour les situations longues du Gr1 uniquement, nous obtenons un manco de financement global de :

- Sans le temps de communication : $1400 \text{ crises} \times \text{SFR. } 5'367.24 = \text{SFR. } 7'514'136.-$
- Avec le temps de communication : $1400 \text{ crises} \times \text{SFR. } 7'889.43 = \text{SFR. } 11'045'202.-$

Selon nous, le manco financier global doit se situer dans cette "fourchette". Seule une étude plus poussée, permettrait d'affiner ces résultats qui doivent être pris comme des estimations sommaires.

Conclusion

Cette étude a été menée dans le cadre du développement des soins palliatifs au sein des EMS vaudois, tel que préconisé par le programme cantonal.

Elle a traité la question du financement des prestations données lors de périodes de crise caractérisées par un pronostic vital menacé et ce, à la demande de Directions dont les établissements ont suivi la formation "Introduction aux soins palliatifs".

Cependant, nous aimerions rappeler que les soins palliatifs ne se limitent pas uniquement aux phases de crise, ni aux jours qui précèdent le décès. En effet, l'approche palliative peut débuter quelques jours ou quelques semaines après l'entrée du résident dans l'établissement, alors que celui-ci va y vivre plusieurs années. C'est une démarche qui s'inscrit dans le cadre d'un projet institutionnel, avec un processus et des procédures spécifiques.

Le fait de mettre en place une telle démarche, permet un travail "en amont" qui facilitera la gestion de la crise, si celle-ci venait à survenir. Cette approche palliative, vue dans sa globalité, nécessite un engagement conséquent du personnel, ainsi que des compétences spécifiques.

Pour mener à bien l'étude et afin de pouvoir avoir des points de comparaison avec les prestations financées, nous devons connaître :

- les actions de soins menées auprès des résidents vivant une situation de crise;
- le temps passé à les donner.

Comme ces données ne sont pas enregistrées par les EMS, des grilles de saisie ont dû être créées et il a fallu demander aux soignants d'effectuer des relevés manuels. Ceci n'a pas été sans conséquence sur le degré de précision desdits relevés.

Une saisie systématique aurait nécessité des moyens que nous ne pouvions mettre à disposition des établissements concernés. En comparaison, l'introduction de l'outil LEP dans les hôpitaux a nécessité plusieurs mois d'adaptation et l'engagement de moyens humains et financiers conséquents.

Après avoir pris acte des difficultés vécues par les établissements pour effectuer ces relevés, nous estimons néanmoins que la somme des informations récoltées nous a permis de répondre aux questions posées, avec les précautions d'usage.

De l'interpellation de départ qui était la suivante : *"Dans quelle mesure les prestations de soins données lors de phases de crise caractérisées par un pronostic vital menacé, sont-elles couvertes par le résultat de l'évaluation Plaisir en cours ?"*, nous répondons de la sorte :

1. Y-a-t'il des prestations de soins réalisées lors de situations de crise qui ne figurent pas dans le document « Classification et modification du degré de dépendance » (synthèse du FRAN) ?

Deux réponses :

- ⇒ Oui, l'évaluation des symptômes majeurs à l'aide d'outils validés (DOLOPLUS, ESAS,...) et l'installation et la surveillance de matelas anti-escarre "alternating" ne figurent pas dans la classification susmentionnée. L'utilisation d'échelles d'évaluation représente une activité importante, tant au niveau de la fréquence (jusqu'à 5 fois par jour) que du temps/minutes (entre 10 à 15 minutes par évaluation).

Ces activités mériteraient, selon nous, de figurer dans les catégories de soins PLAISIR.

⇒ Oui, il y a des actions de soins données qui sont répertoriées dans les catégories de soins Plaisir, mais qui n'apparaissent pas dans le document "Classification et modification du degré de dépendance"; cela concerne la mise à jour des collectes de données, les entretiens médicaux, la communication individuelle de soutien, la toilette génitale ou la pose et surveillance de Butterfly.

Le fait que ces actions de soins ne figurent pas dans la "Classification et modification du degré de dépendance", contribue au déséquilibre entre "financement" et "soins donnés". Ce sont bien de nouvelles actions qui ne pouvaient être saisies lors de l'évaluation précédant la crise.

2. Y-a-t'il des prestations de soins qui figurent dans le document "Classification et modification du degré de dépendance" (synthèse du FRAN) et qui ne sont plus réalisées par les équipes ?

Si des actions de soins ne sont plus réalisées par les équipes comme le montre les relevés, il faut savoir qu'elles ont pu être relevées sous d'autres actes de soins (le rasage sous toilette, par exemple). Si cela rend difficile tout constat au niveau du "type" d'actions de soins et de la fréquence de celles-ci, cela n'a pas d'impact sur le relevé du temps/minutes puisque ce dernier en tient compte (le temps passé pour le rasage étant comptabilisé sous toilette, dans l'exemple ci-dessus).

3. Y-a-t'il des actions de soins répertoriées dans le document "Classification et modification du degré de dépendance" (synthèse du FRAN) dont la fréquence augmente ?

Oui, cela concerne plus particulièrement la relation d'aide, la relation avec les proches, les signes vitaux neurologiques et vasculaires, médicaments intramusculaires et sous-cutanés, l'assistance à l'hydratation, la toilette complète, l'hygiène buccale, l'élimination, ainsi que les frictions et installations.

L'augmentation de la fréquence des actions de soins a clairement un impact sur le manco de financement.

4. Y-a-t'il des actions de soins répertoriées dans le document "Classification et modification du degré de dépendance" (synthèse du FRAN) dont la fréquence diminue ?

Oui, mais les actions de soins dont la fréquence diminue (observations bio-psycho-sociale, communication individuelle de soutien sans trouble cognitif, préparation de médicament per os, assister repas, ...) sont moins nombreuses que celles dont la fréquence augmente. Les tableaux figurant aux pages 34 et 35 le démontrent.

5. La soudaineté des phases de crise et la durée de celles-ci correspondent-elles ou non aux conditions et aux délais nécessaires pour effectuer une réévaluation ?

Pour les phases de crise dites "courtes", l'évolution rapide des situations pose à l'évidence des difficultés pour effectuer une réévaluation, ce d'autant plus qu'elles se terminent généralement par un décès (de 5 à 7 jours entre le début de la crise et le décès).

La possibilité de disposer d'un forfait lié à la fin de vie devrait être ainsi étudiée, puisque les données relevées dans l'étude montrent clairement qu'une majorité de résidents vont vivre une telle crise avant leur décès; des compétences spécifiques et une disponibilité conséquente de l'équipe soignante sont rendues d'autant plus nécessaires que la crise est brève.

Ceci devrait être lié à une réflexion visant à trouver un consensus quant à la définition et aux caractéristiques propres à la phase de crise.

Pour les phases de crise dites "longues", le résultat des deux situations qui ont été réévaluées montre que le temps accordé reste malgré tout nettement inférieur au temps relevé par les équipes.

Notre proposition serait donc de mener une étude dans le but d'identifier les pondérations des actions de soins spécifiques aux situations caractérisées par un pronostic vital menacé; ceci permettrait d'établir de nouveaux standards spécifiques aux temps de soins requis pour les soins palliatifs.

Parallèlement à cela, un protocole précisant les critères permettant une réévaluation lors de situations de crise caractérisées par un pronostic vital menacé, devrait être remis au personnel soignant.

Les évaluatrices doivent être encouragées à relever l'entier des actions de soins réalisées sur le terrain, sans anticiper une relecture à la baisse par l'EROS.

6. Les prestations données sont-elles financées de manière adéquate ?

Les comparatifs effectués tout au long de l'étude montrent que l'écart entre le temps mesuré et le temps financé ne peut être exclusivement imputé à de nouvelles actions de soins ou à augmentation/diminution de la fréquence.

Nous posons ainsi l'hypothèse d'une sous-estimation de la pondération des actions de soins, en termes de temps requis pour les exécuter; il n'est certainement pas tenu suffisamment compte du rythme de travail qu'oblige la prise en soins spécifique de ces situations.

Le soignant travaille à la création d'un environnement de sécurité et de réconfort. Le calme, la sérénité, une attention particulière portée à l'autre ont pour conséquences d'engendrer un rythme plus lent que dans une situation stable et chronique.

De plus devrait être pris en considération le fait qu'une équipe soignante confrontée à la fin de vie d'un résident et aux questions soulevées par la mort et la souffrance a besoin d'un temps d'échange et de communication différent. Ceci explique le temps important identifié par les relevés concernant le temps de communication en équipe.

Nous constatons ainsi que le système de financement actuel oblige le personnel à utiliser le temps de soins normalement requis pour d'autres résidents, afin de pouvoir offrir les soins nécessaires à la personne vivant une situation de crise, telle que décrite dans la présente étude.

Au vu de l'engagement qu'impliquent ces situations, nous ne pouvons que mieux comprendre le questionnement des institutions, ainsi que leur sentiment d'être arrivé à la limite de leurs possibilités, tant du point de vue des ressources humaines que financières.

Par conséquent et afin de permettre aux équipes soignantes d'offrir des soins de qualité respectant l'équité entre résidents, nous préconisons, en tout premier lieu, une adaptation significative des temps de soins requis, lorsqu'une crise caractérisée par un pronostic vital menacé est constatée.

Nous invitons également les EMS à poursuivre la réflexion au sujet de la prise en soins des résidents vivant une telle crise, afin d'obtenir un large consensus sur les caractéristiques de cette étape de la vie et des compétences individuelles et collectives nécessaires pour en assurer la prise en charge.

Annexes

Tableau de synthèse selon le FRAN

Evaluation "PLAISIR"									
Résident :								" h "	
EMS :									
Date de l'évaluation	09.07.2007								
	semaine	jour %			total temps a	total temps b	total temps c	total temps d	total temps
OPAS A			a						
Com. Ind.	7.00	1.00							
Obs bio psych social	49.00	7.00			28.50				28.50
OPAS B			b						
Médicament per os aide part.	7.00	1.00							
Médicament per os aide part.	7.00	1.00							
Médicament per os aide part.	14.00	2.00							
Médicament per os aide part.	7.00	1.00							
Médicament per os aide part.	7.00	1.00							
Médicament per os aide part.	21.00	3.00							
Médicament per os aide part.	1.00	0.14							
Médicament per os aide part.	1.00	0.14							
Médic. intramusc. aide compl.	1.00	0.14				7.74			7.74
OPAS C			c						
Déjeuner	7.00	1.00							
Diner	7.00	1.00							
Souper	7.00	1.00							
Hydratation	21.00	3.00							
Toilette partielle / lavabo	6.00	0.86							
Toilette complete	1.00	0.14							
Shampooing : aide complete	1.00	0.14							
Manucure	1.00	0.14							
Pédicure	1.00	0.14							
Épilation / menton, moustache	1.00	0.14							
Brossage dents	14.00	2.00							
Habillage	7.00	1.00							
Déshabillage	7.00	1.00							
Toilettes sans cigogne	28.00	4.00							
Soins d'incontinence urinaire	21.00	3.00							
Lever du lit / ou fauteuil	14.00	2.00							
Coucher ou asseoir	14.00	2.00							
Marcher dans le corridor	42.00	6.00							
Friction / massages	14.00	2.00							
Installation posit. au lit	21.00	3.00							
Mettre bas thérapeutique	7.00	1.00							
Enlever bas thérapeutique	7.00	1.00							
Activité thérapeutique du groupe	1.00	0.29					133.05		133.05
OPAS D			d						
Activité récréative du groupe	2.00	0.57							
Activité récréative du groupe	1.00	0.29						3.31	
TEMPS TOTAL					28.50	7.74	133.05		169.29

Fiche pour le relevé journalier des prestations effectuées en temps/minutes

Résident :

EMS :

Date :

(1 fiche par jour)

Temps consacré par tranche de 5 minutes (5')

Infirmières diplômées	Infirmières assistantes / ASSC																		Autres soignants	total
	Instructions et conseils	Examens et soins	Soins de base : alimentation/hydratation	Soins de base corporels (toilettes,...)	Soutien psychosocial et spirituel	Gestion du dossier	Particip. colloques / discuss. équipe	Instructions et conseils	Examens et soins	Soins de base	Soutien psychosocial et spirituel	Gestion du dossier	Particip. colloques / discuss. équipe	Instructions et conseils	Examens et soins	Soins de base	Soutien psychosocial et spirituel	Gestion du dossier		
7h.																				0
8h.																				0
9h.																				0
10h.																				0
11h.																				0
12h.																				0
13h.																				0
14h.																				0
15h.																				0
16h.																				0
17h.																				0
18h.																				0
19h.																				0
20h.																				0
Nuit																				0
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fiche pour le relevé journalier des prestations Plaisir données (fréquence)

Résident :

EMS :

Semaine du

au

No	Prestations	Indiquer le nombre de prestations données jour après jour							Total
		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	
	a. Instruction et conseil								
5040 ***	Collecte de données : mise à jour								0
5077 ***	Entretien médical (SP)								0
5010 ***	Communication indiv. de soutien (sans trouble cognitif)								0
5090 ***	Relation d'aide								0
5120 ***	Relation d'aide avec les proches								0
9010 ***	Evaluation des symptômes majeurs								0
	b. Examens et soins								
9020 ***	Observation bio-psycho-sociale constante								0
9050 **	Signes vitaux : temp. axillaire								0
9060 **	Signes vitaux : respiration								0
9070 **	Signes vitaux : pulsation								0
9080 **	Signes vitaux : tension artérielle								0
9090 **	Signes neurologiques, éval. état conscience)								0
9100 **	Signes vasculaires								0
0010 **	Humidificateur								0
0070 *	Aérosol								0
0080 *	Aspiration sécrétions par v.b.								0
0110 **	Admin. oxygène								0
2100 *	Instal. sonde ou cath. vésical								0
2110 *	Soins externes de sonde vésicale								0
2120 *	Drainage du sac collecteur								0
6020 ***	Prépa. et admin.de médic. (per os)								0
6040 **	Prépa. et admin.de médic. (intra-rectal)								0

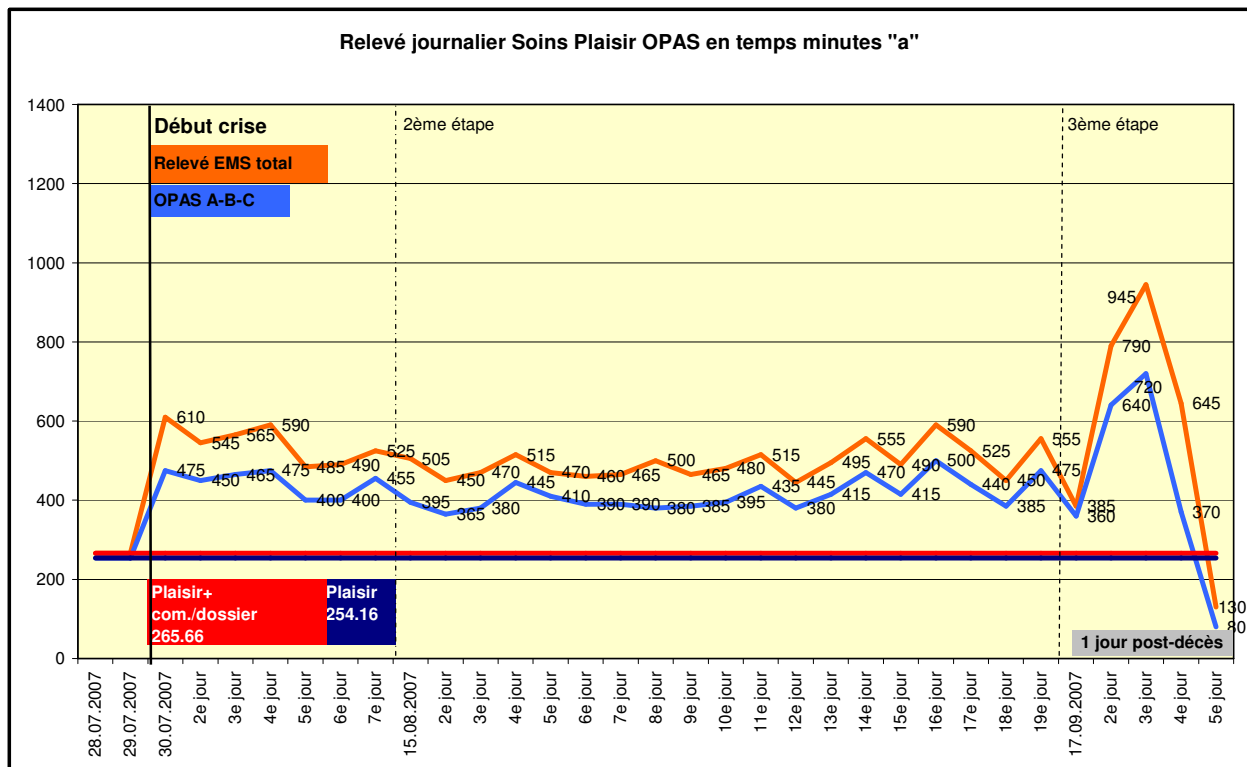
No	Prestations	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	
6060 ***	Prépa. et admin.de médic. (gouttes)								0
6070 **	Médicaments intramusculaires								0
6080 ***	Médicaments sous-cutanés								0
6100 *	Médicaments intrav. (dans le soluté)								0
6110 *	Médicaments intrav. (dans le soluset)								0
6120 *	Médicaments intrav. (par tubulure)								0
7010 *	Thérap. intrav. instal perf.								0
7020 *	Thérap. intrav. verrification								0
7030 *	Thérap. intrav. changement de solutés								0
7040 *	Thérap. intrav. changement de tub.								0
9430 **	Assistance à un examen (EGG)								0
	c. Soins de base								
1040 ***	Assister repas : déjeuner								0
1050 ***	Assister repas : dîner								0
1060 ***	Assister repas : souper								0
1070 ***	Assister repas : collation								0
1080 **	Assister hydratation								0
1090 ***	Evaluer, adapter le menu								0
2030 ***	Elimination voie urinaire								0
2040 ***	Elimination vase de lit								0
2050 ***	Elimination toilette ou chaise percée								0
3030 ***	Toilette partielle								0
3040 ***	Toilette complète								0
3050 ***	Toilette génitale								0
3160 ***	Hygiène buccale tiges montées								0
4010 **	Lever avec aide								0
4015 **	Coucher avec aide								0
4020 **	Lever avec cigogne								0
4050 ***	Frictions et installations								0
4060 ***	Exercices muscul. passifs/actifs								0
5020 ***	Communic. indiv. de soutien (déficit cognitif)								0
5030 **	Communic. indiv. de soutien (prob. psy)								0

Descriptif de la situation
Graphique « Relevé journalier des prestations »

Dans les pages qui suivent, figurent toutes les situations qui ont fait l'objet de l'étude, avec pour chacune d'elles un descriptif et un tableau "Relevé journalier des prestations".

Descriptif de la situation Graphique « Relevé journalier des prestations »

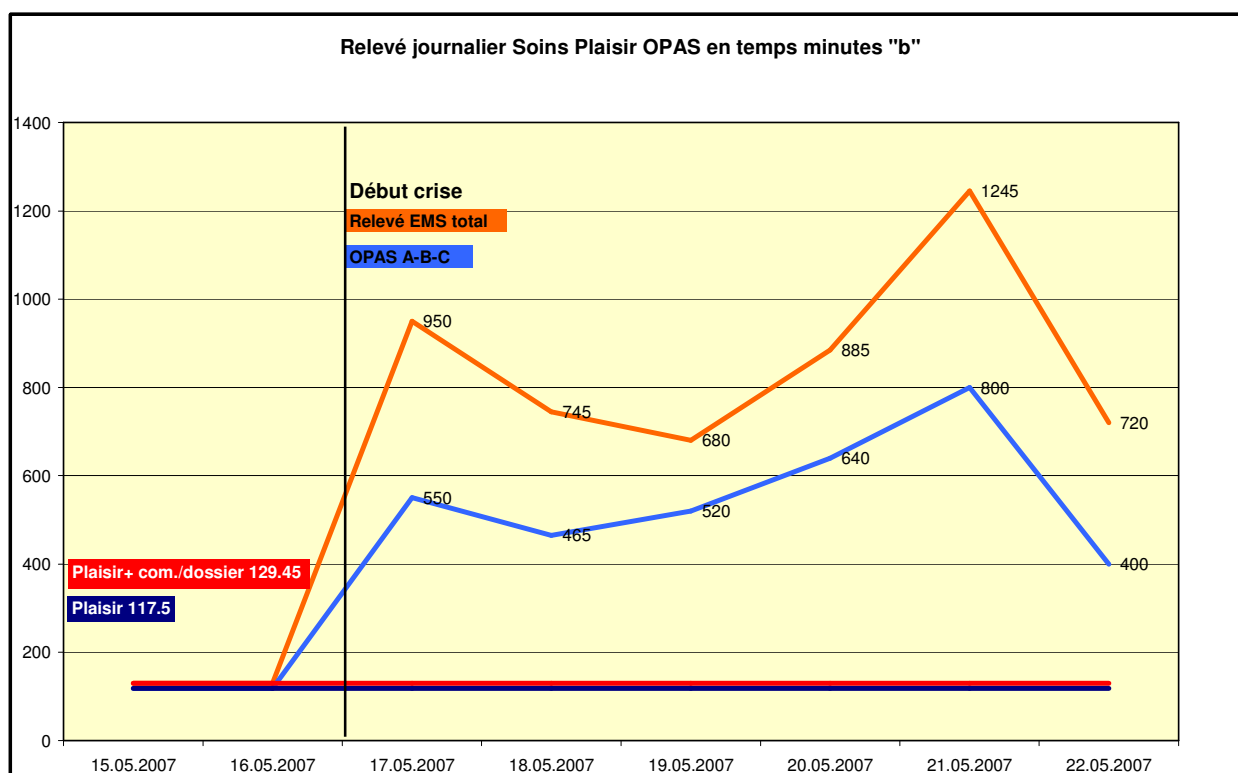
Situation Code	"a"	
Date d'entrée EMS	28.02.2006	
Age (année)	1918	
Sexe	F	
Famille	Célibataire – 2 sœurs dcd 2cousines en Ecosse (en contact)	
Diagnostics actifs	Trouble cognitif non mesurable Trouble caractériel avec difficulté d'adaptation Baisse sévère de la vision sur dégénérescence maculaire bilatérale Maladie de l'oreillette traitée par Digoxine et pacemaker Hypertension artérielle traitée Troubles cognitifs légers Etat dépressif chronique Lupus cutané chronique disséminé	
Evénement qui déclenche l'étude	AVC (30.07.07)	
Classe Plaisir à l'entrée EMS	19.04.06	5/8 – 103'08
Réévaluation Plaisir	24.10.06	5/8 – 110'07
	26.03.07	7/8 – 254'16
Début de l'étude	30.07.07	
Fin de l'étude	20.09.07	Dcd (20.09.07)
Durée du suivi	31 jours relevés sur 3 périodes (7j/ 19j/ 5j)	



Descriptif de la situation

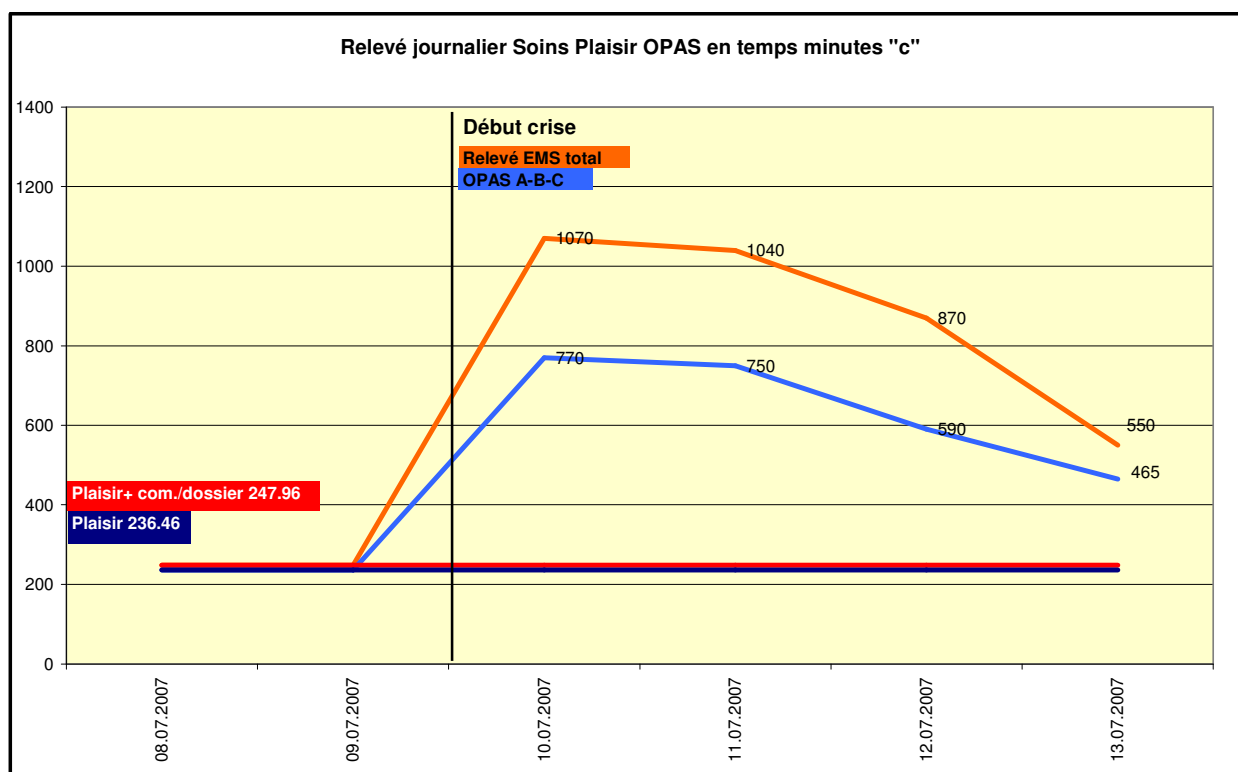
Graphique « Relevé journalier des prestations »

Situation Code	"b"	
Date d'entrée EMS	07.03.2007	
Age (année)	1920	
Sexe	M	
Famille	Veuf – 2 enfants (fille dcd) – 4 Petits-enfants 1 compagne (+ fille compagne) 2 sœurs dcd	
Diagnostics actifs	Démence sénile type Alzheimer HTA anamnastique Carcinome prostatique stade indéterminé Probable ostéoporose (métastase osseuse?)	
Événement qui déclenche l'étude	11 mai Douleurs abdominales/dorsales - désorientation	
Classe Plaisir à l'entrée		
Réévaluation Plaisir	11.04.07	5/8 – 117'95
Début de l'étude	17.05.07	
Fin de l'étude	22.05.07	Dcd (22.05.07)
Durée du suivi	6 jours	



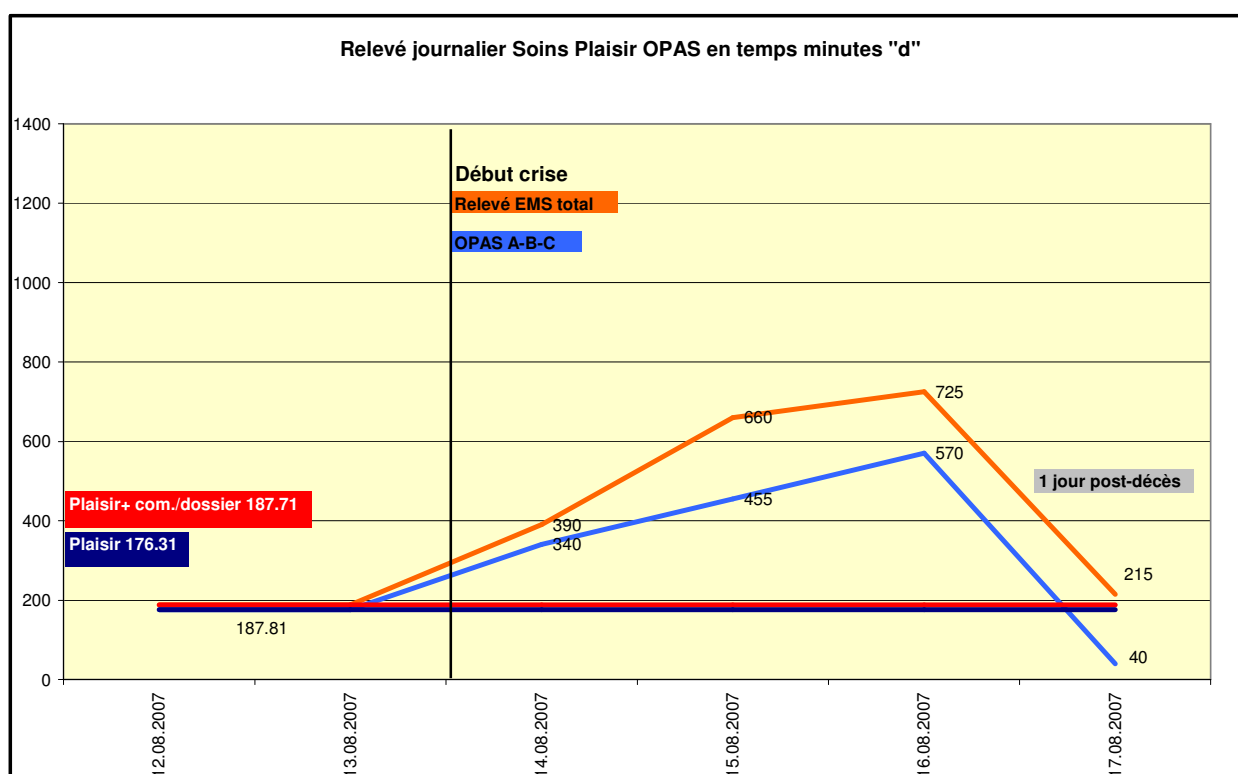
Descriptif de la situation Graphique « Relevé journalier des prestations »

Situation Code	"c"	
Date d'entrée EMS	20.08.1998	
Age (année)	1912	
Sexe	M	
Famille	Veuf – 1 fils - 4 petits-enfants (Hollande) 1 compagne de vie	
Diagnostics actifs	Démence vasculaire Ulcère bas œsophage (endo-brachy-œsophage) Etat dépressif stable Prurit sénile Constipation opiniâtre	
Événement qui déclenche l'étude	Constipation – obstruction intestinale 5.7.07 Insuffisance cardiaque avec bradycardie sévère - oedèmes-possible AVC récent - dyspnée au repos/oedèmes- abdomen s/tension + douleurs	
Classe Plaisir à l'entrée	10.03	7/8 – 227'07
Réévaluation Plaisir	26.08.05 22.11.06	7/8 – 244'88 7/8 – 236'46
Début de l'étude	10.07.07	
Fin de l'étude	13.07.07	
Durée du suivi	4 jours	



Descriptif de la situation Graphique « Relevé journalier des prestations »

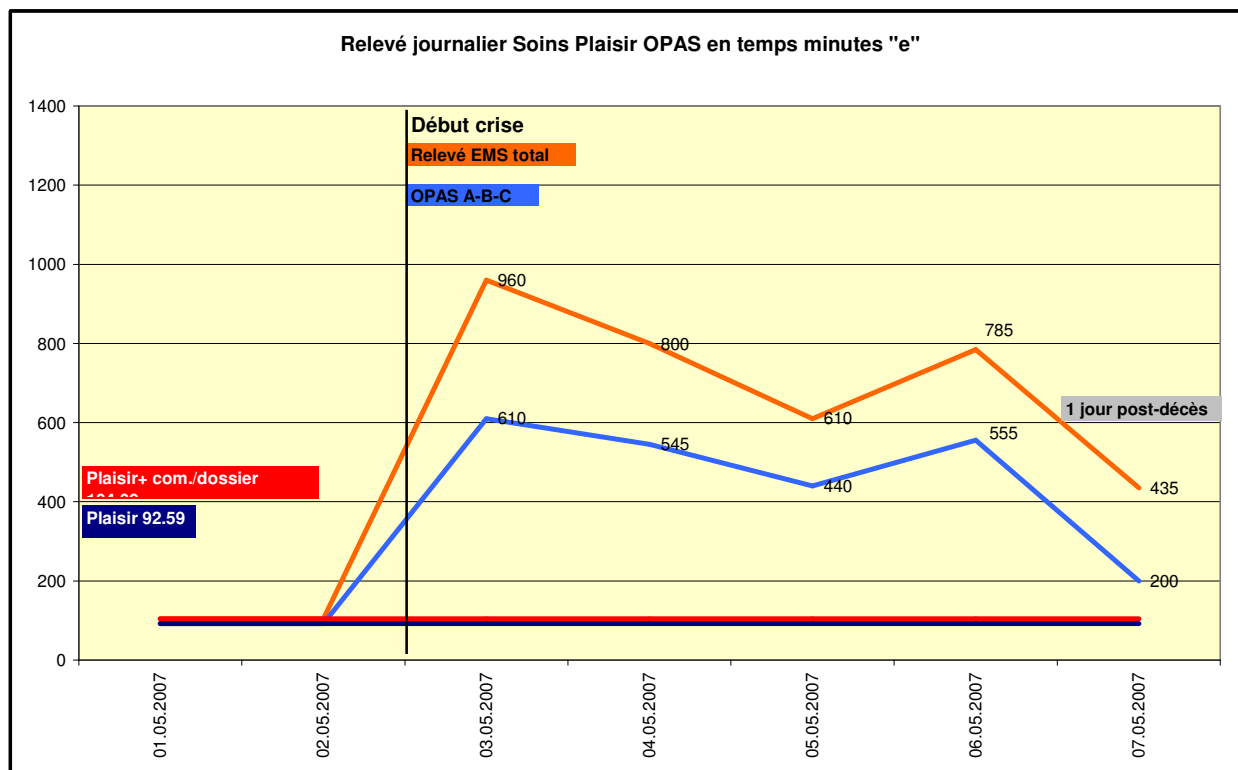
Situation Code	"d"	
Date d'entrée EMS	12.06.2002	
Age (année)	1923	
Sexe	F	
Famille	Veuve – 1 fils dcd (31.1.97) Belle-fille (peu contact) 1 frère dcd Un curateur	
Diagnostocs actifs	Démence sénile (prob. vasculaire/dégénérative) Statut après AVC sylvien gch FA intermittent sous traitement anticoagulant Ostéoporose (fractures +++) Hypertension artérielle Prolapsus utérin stade III et cystocèle avec incontinence urinaire Angiodème récidivant du visage	
Événement qui déclenche l'étude	AVC (15.08.07)	
Classe Plaisir à l'entrée	12.03	6/8 – 174'01
Réévaluation Plaisir	03.10.05	6/8 – 139'38
	04.12.06	6/8 – 176'31
Début de l'étude	14.08.07	
Fin de l'étude	16.08.07	Dcd (16.08.07)
Durée du suivi	4 jours	



Descriptif de la situation

Graphique « Relevé journalier des prestations »

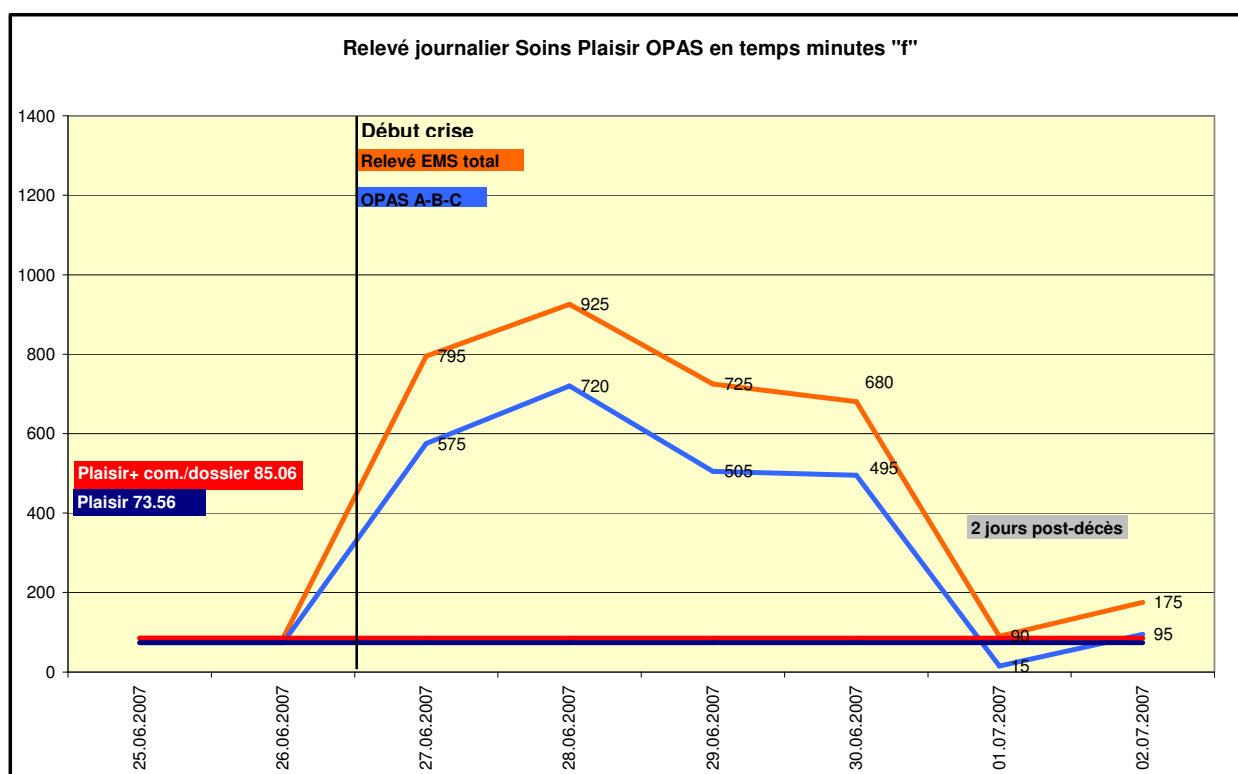
Situation Code	"e"	
Date d'entrée EMS	22.10.1999	
Age (année)	1917	
Sexe	M	
Famille	2 sœurs jumelles (1 dcd) 1 ^{er} mariage (épouse dcd) 2 ^{ème} mariage (épouse dcd 1987) 1 fille (très proche) 3 petits enfants 1 fille/ami (proche) 1 fils célibataire (relations perturbées) 1 fils célibataire /vit Singapour)	
Diagnostics actifs	Ethylisme chronique Poly neuropathie AVC probable (1.05.07)	
Événement qui déclenche l'étude	1.05.07 AVC avec aphasie prédominante – encombrement bronchique – état comateux	
Classe Plaisir à l'entrée	08.04	3/8 – 51'31
Réévaluation Plaisir	18.01.06 05.07.06 15.01.07	5/8 118'48 5/8 118'48 5/8 92'59
Début de l'étude	03.05.07	
Fin de l'étude	07.05.07 Dcd (06.05.07)	
Durée du suivi	5 jours	



Descriptif de la situation

Graphique « Relevé journalier des prestations »

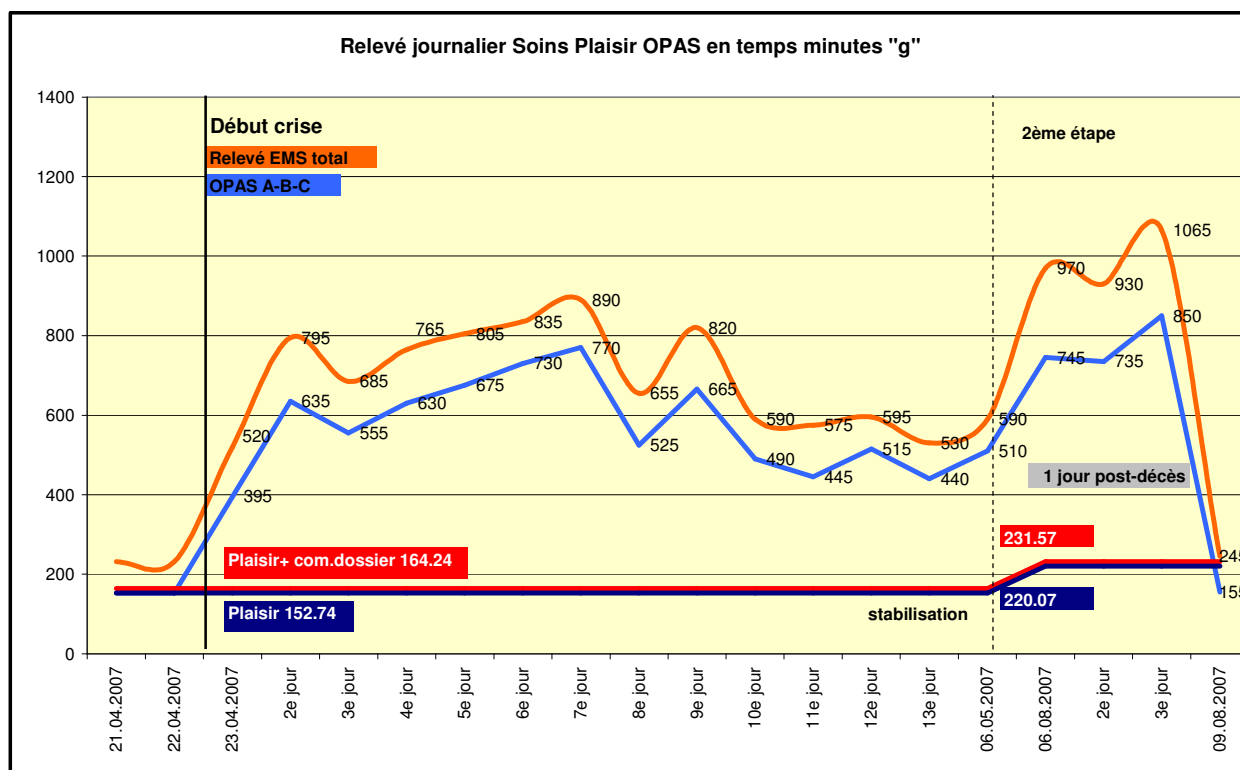
Situation Code	"f"
Date d'entrée EMS	12.02.2007
Age (année)	1922
Sexe	F
Famille	Veuve – 1 fils dcd – /belle-fille bien présente / 2 petites-filles – 1 petit fils /qu'elle a bcp gardé) 1 cousine très présente Très bonne relation familiale
Diagnostics actifs	Cardiopathie ischémique et valvulaire avec insuffisance globale FA intermittent Anémie d'origine peu claire (spoliation) Insuffisance artérielle des membres inférieurs Démence sénile
Événement qui déclenche l'étude	Baisse état général, dyspnée, fatigue, somnolence AVC ? Douleurs sternales – épanchement pleural – asthénie – dyspnée majeur sur insuffisance cardiaque
Classe Plaisir à l'entrée	26.03.07 4/8 73'56
Réévaluation Plaisir	non
Début de l'étude	27.06.07
Fin de l'étude	02.07.07 Dcd (30.06.07)
Durée du suivi	5 jours



Descriptif de la situation

Graphique « Relevé journalier des prestations »

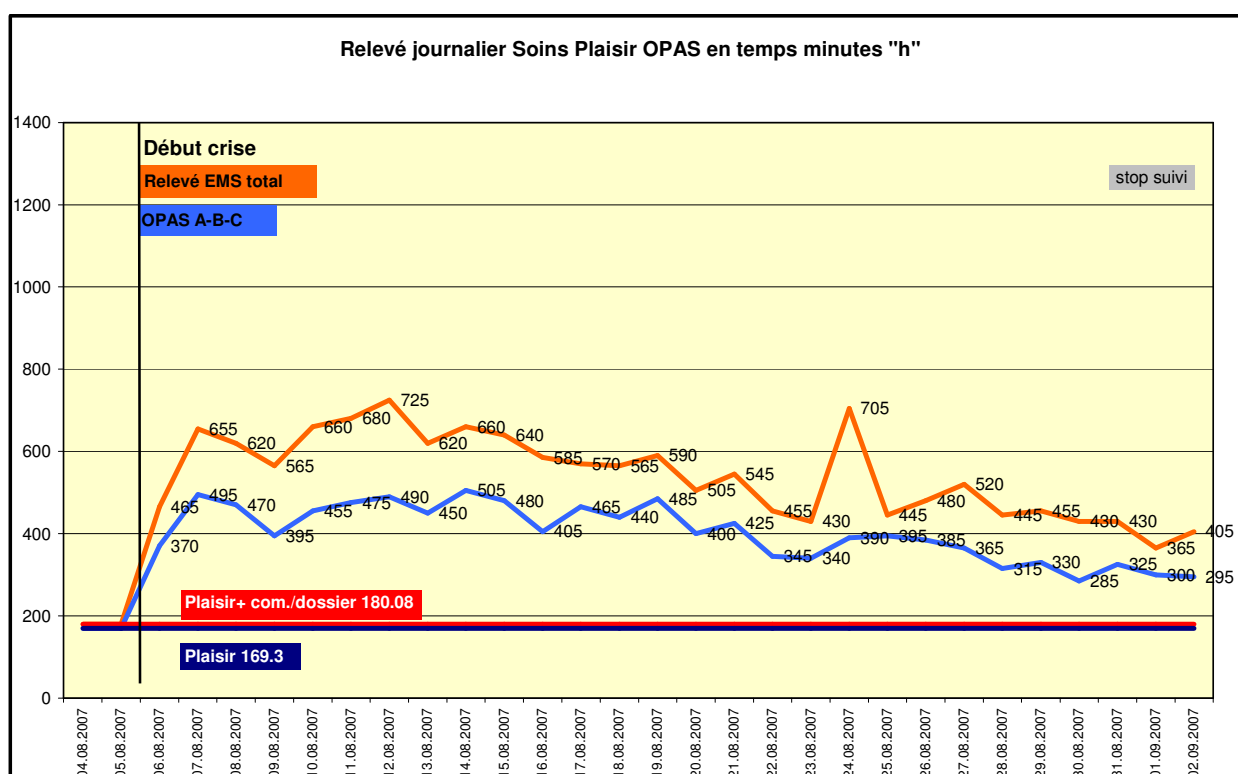
Situation Code	"g"	
Date d'entrée EMS	12.04.2005	
Age (année)	1909	
Sexe	F	
Famille	Veuve – 3 enfants – 10 petits-enfants – 19 arrières – 1 arrière arrière - relations familiales compliquées et complexes bien que très présente Présence bénévole nuit 7x ½ nuits en cplt de la famille	
Diagnostcs actifs	Insuffisance cardiaque terminale FA sous sintron Cardiopathie hypertensive compensée Diabète type II non insulino-requérant Polyarthrose	
Événement qui déclenche l'étude	Décompensation cardiaque (23.04.07) Angoisse +++ Chutes à répétitions Fracture des branches ischio et ilio-pubienne gch (5.7.07)	
Classe Plaisir à l'entrée	23.05.05	4/8 – 57.7
Réévaluation Plaisir	13.12.05	6/8 – 189'07
	19.06.06	6/8 – 152'74
	22.06.07	7/8 – 220'07
Début de l'étude	23.04.07 / 06.05 07 06.08.07 /	
Fin de l'étude	09.08.07	Dcd (08.08.07)
Durée du suivi	18 jours relevé sur 2 périodes soit (14j/ 4j)	



Descriptif de la situation

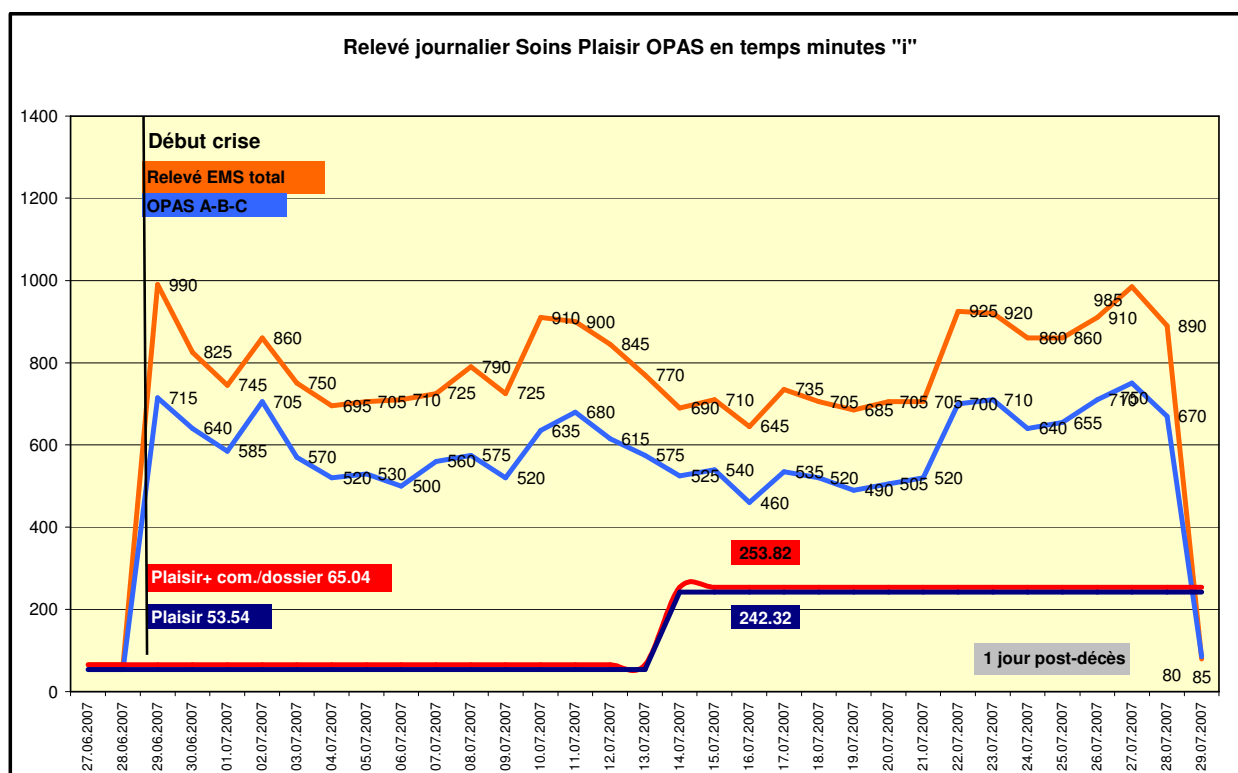
Graphique « Relevé journalier des prestations »

Situation Code	"h"	
Date d'entrée EMS	01.04.2004	
Age (année)	1921	
Sexe	F	
Famille	Veuve – 5 enfants - 3 petits-enfants	
Diagnostics actifs	Maladie d'Alzheimer Trouble anxio-dépressif chronique Trouble de la marche multifactorielle avec astasie-abasie du vieillard et chute Hypovitaminose traitée Status post PTH G et D Incontinence urinaire de type urge Constipation	
Événement qui déclenche l'étude	AVC (6.8.07)	
Classe Plaisir à l'entrée	05.2004	6/8 – 140.63
Réévaluation Plaisir	09.01.06	7/8 – 209'87
	04.07.06	7/8 – 209'87
	09.01.07	7/8 – 209'87
	09.07.07	6/8 – 169'30
Début de l'étude	06.08.07	
Fin de l'étude	02.09.07	Fin Etude – vit à ce jour
Durée du suivi	28 jours	



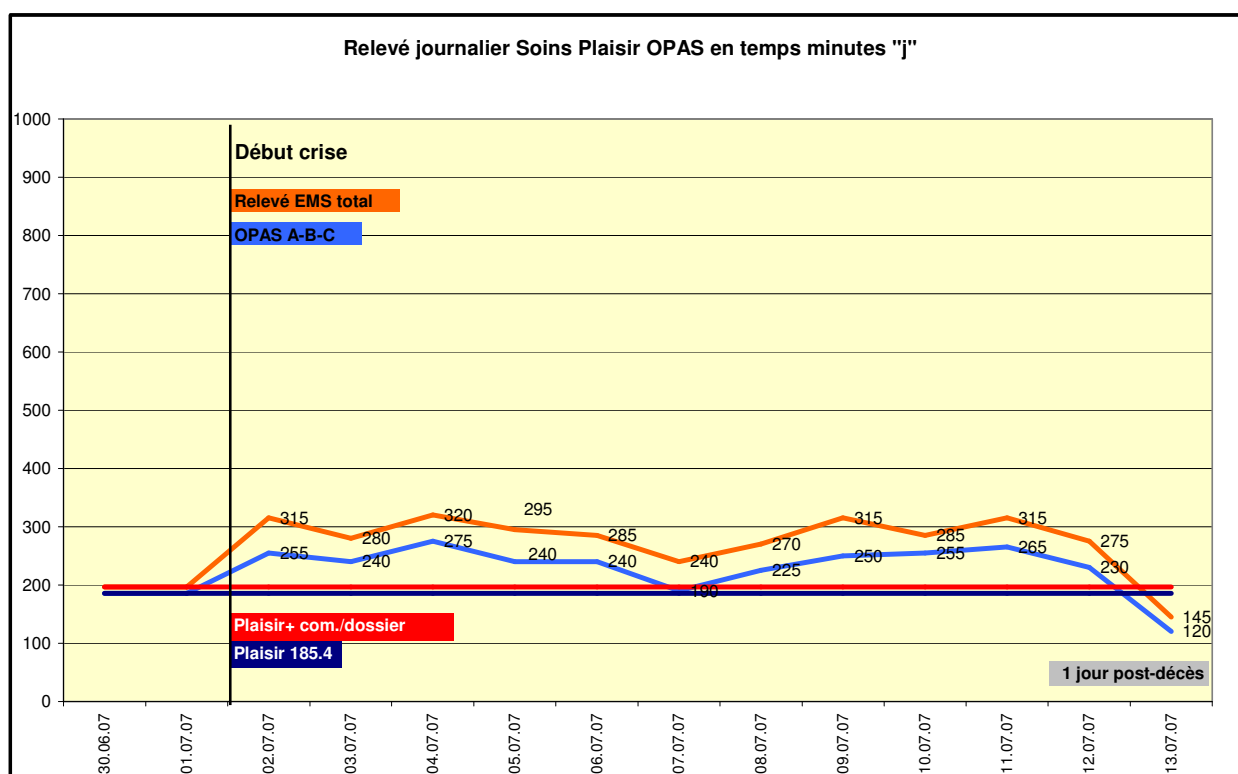
Descriptif de la situation Graphique « Relevé journalier des prestations »

Situation Code	"i"	
Date d'entrée EMS	03.08.2006	
Age (année)	1916	
Sexe	F	
Famille	Veuve 5 frères et sœurs (3 dcd) 1 fille mariée - 3 petits-enfants Famille très présente	
Diagnostics actifs	Démence sénile, légère à moyenne Lombosciatalgies sur canal lombaire étroit et discopathie L3-L4 Hyperthyroïdie infra clinique	
Événement qui déclenche l'étude	AVC (29.06.07)	
Classe Plaisir à l'entrée	19.09.06	4/8 – 53'54
Réévaluation Plaisir	13.07.07	7/8 – 242'32
Début de l'étude	29.06.07	
Fin de l'étude	29.07.07	Dcd (28.07.07)
Durée du suivi	31 jours	



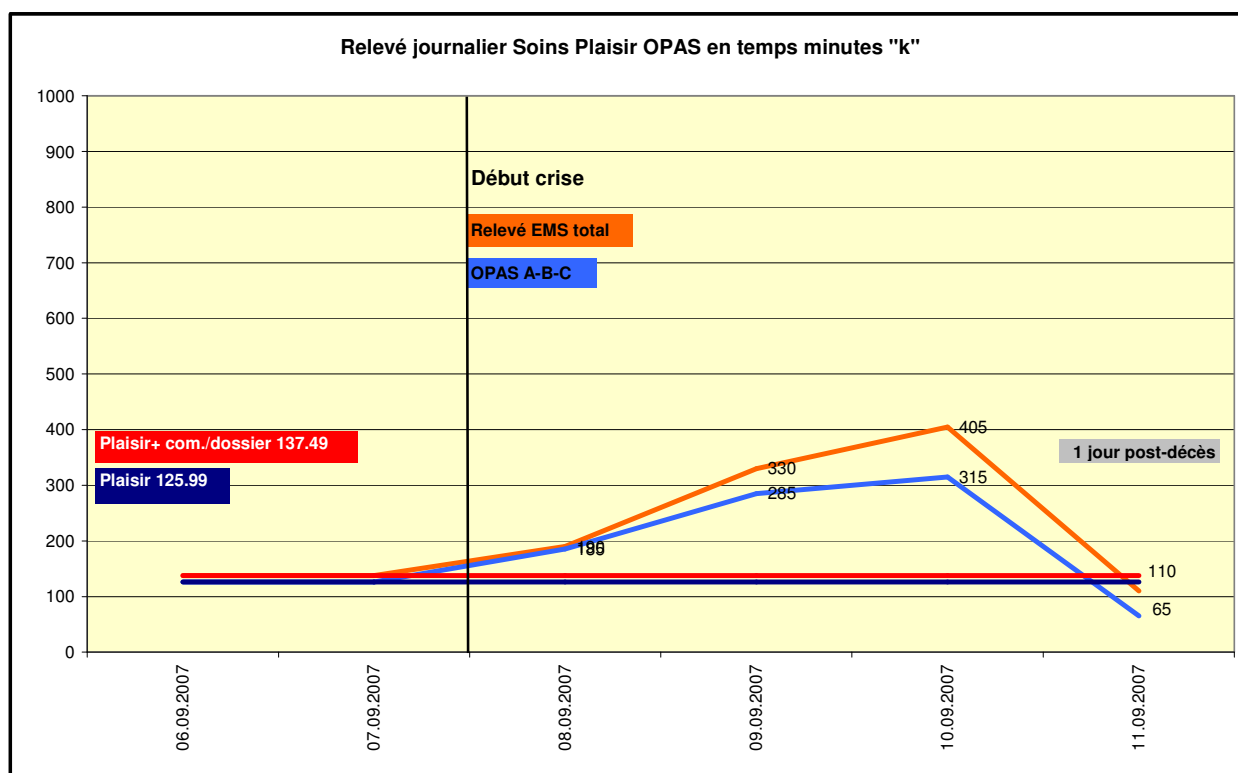
Descriptif de la situation Graphique « Relevé journalier des prestations »

Situation Code	"j"	
Date d'entrée EMS	06.12.2005	
Age (année)	1919	
Sexe	F	
Famille	Divorcé, mari dcd 1 fille 1 Tuteur	
Diagnostics actifs	Polyarthrose PTH (1994 et 2001) Démence mixte Dépression, angoisse	
Événement qui déclenche l'étude	Multiples plaies pied droit avec nécrose	
Classe Plaisir à l'entrée	09.01.06	6/8 – 185'40
Réévaluation Plaisir	non	
Début de l'étude	25.06.07	
Fin de l'étude	13.07.07	Dcd (13.07.07)
Durée du suivi	12 jours	



Descriptif de la situation Graphique « Relevé journalier des prestations »

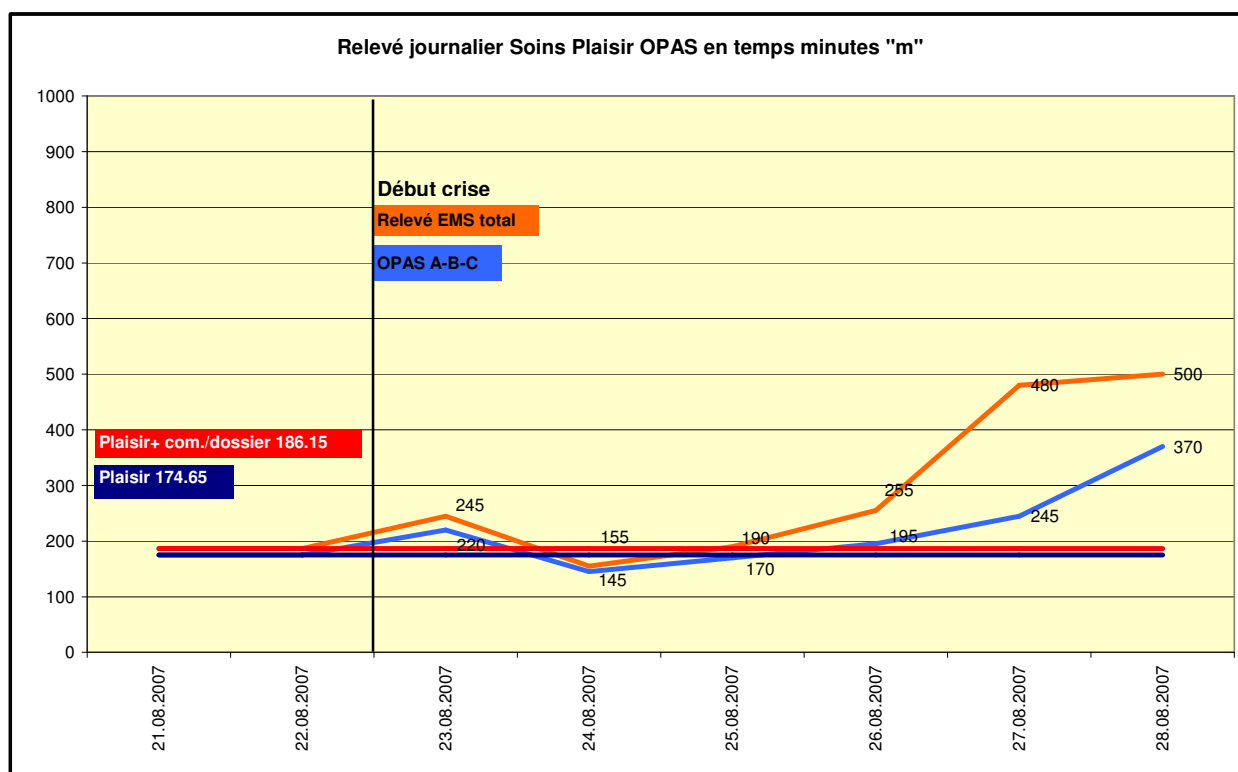
Situation Code	"k"	
Date d'entrée EMS	28.02.2002	
Age (année)	1934	
Sexe	F	
Famille	Célibataire – sans famille	
Diagnostics actifs	Schizophrénie paranoïde chronique Encéphalopathie de Wernicke CA sein (02.2007)	
Événement qui déclenche l'étude	Hospitalisation (04.09.07) Retour Joli-Bois (07.09.07) métastases multiples	
Classe Plaisir à l'entrée	28.02.02	4/8 35'30
Réévaluation Plaisir	05.06.06	5/8 – 125'99
Début de l'étude	08.09.07	
Fin de l'étude	11.09.07	Dcd (11.09.07)
Durée du suivi	4 jours	



Descriptif de la situation

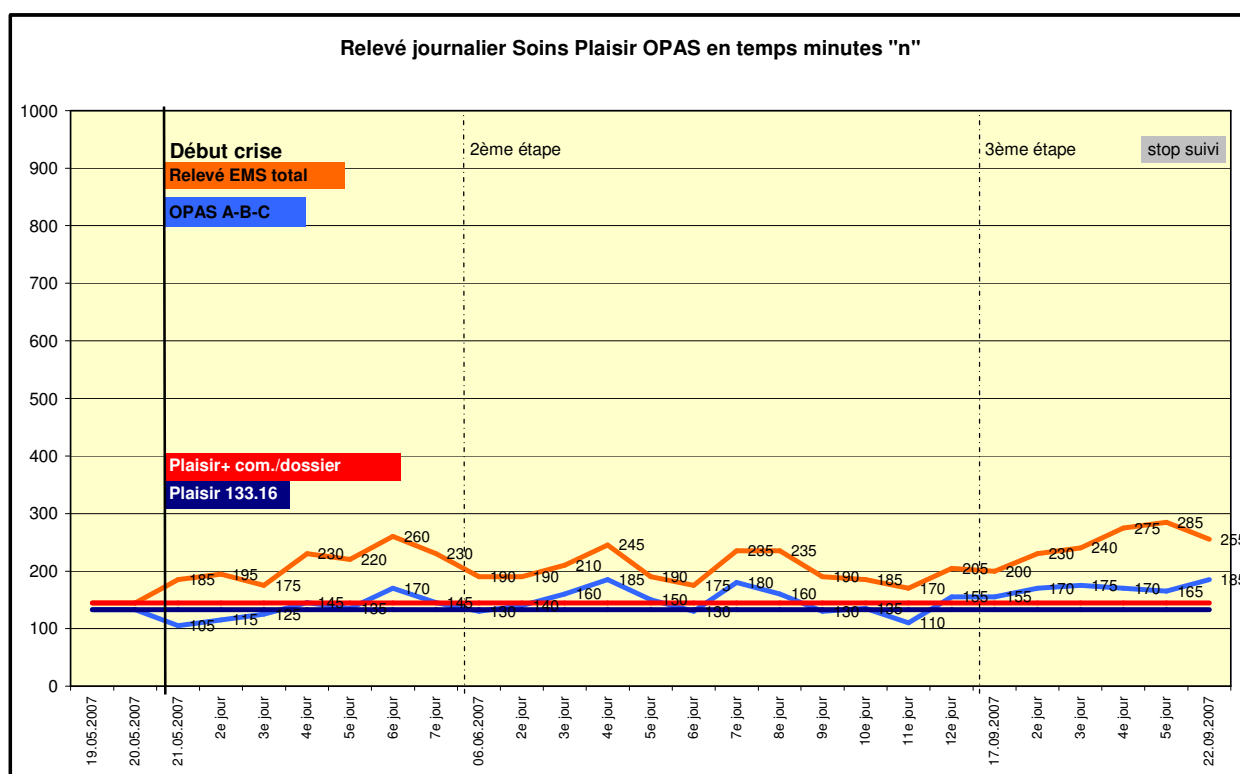
Graphique « Relevé journalier des prestations »

Situation Code	"m"	
Date d'entrée EMS	02.05.2007	
Age (année)	1935	
Sexe	M	
Famille	1 fille, ne l'a pas revue depuis 2005 – 3 petits-enfants – 2 sœurs en contact - divorcée	
Diagnostocs actifs	CA pancréas & foie – métastases Diabète II Hypotension orthostatique AVC ischémique 2004 sur sténose carotidienne avec séquelles, parole, crises épileptiques	
Événement qui déclenche l'étude	Hospitalisation 15.08.07 -22.08.07 Douleurs intenses au niveau abdominal et découverte CA pancréas & foie	
Classe Plaisir à l'entrée	6/8 - 174.65	
Réévaluation Plaisir	non	6/8 - 174.65
Début de l'étude	23.08.2007	
Fin de l'étude	29-08.2007	Dcd – (29.08.07)
Durée du suivi	6 jours	



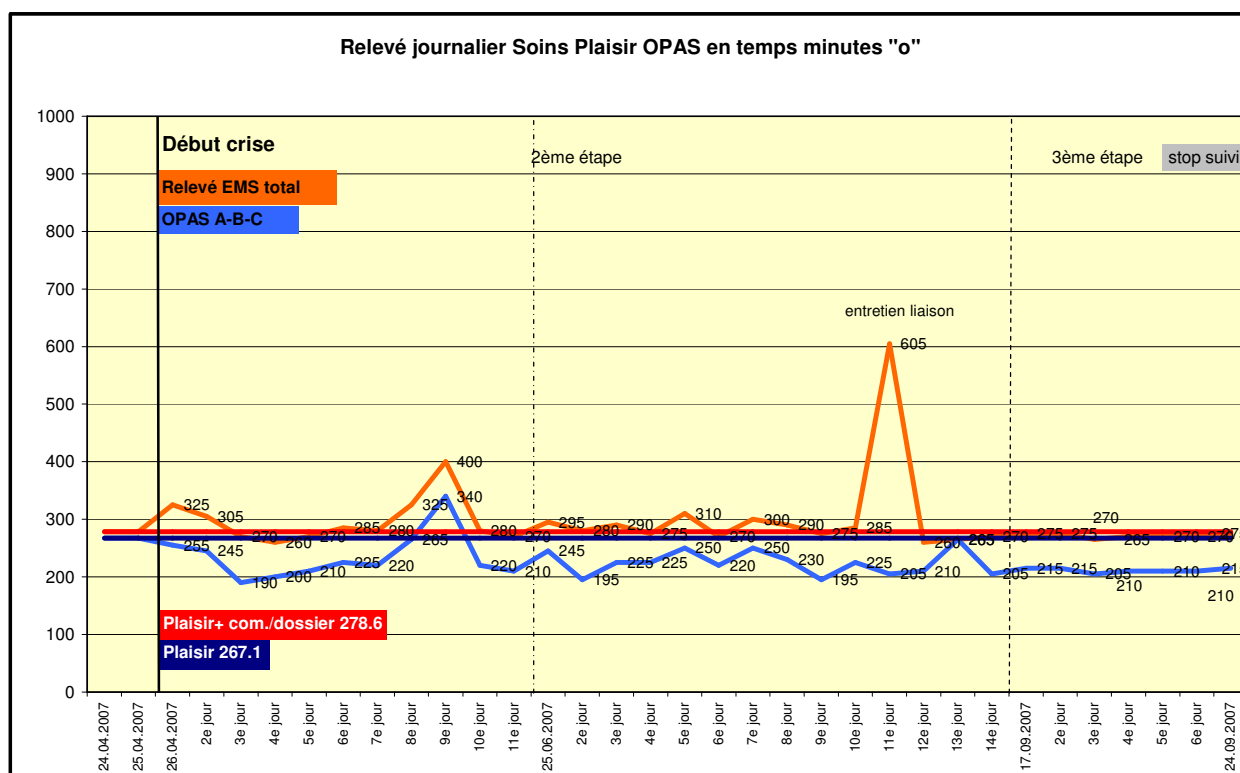
Descriptif de la situation Graphique « Relevé journalier des prestations »

Situation Code	"n"	
Date d'entrée EMS	01.03.2007	
Age (année)	1923	
Sexe	F	
Famille	Veuve – 5 enfants -	
Diagnostics actifs	Insuffisance cardiaque	
Événement qui déclenche l'étude	OAP (04.04.07) hospitalisation Retour EMS (11.04.07) Décompensation cardiaque Angoisse	
Classe Plaisir à l'entrée	15.04.07	5/8 – 133'16
Réévaluation Plaisir	non	
Début de l'étude	1 ^{ère} étape (21.05-21.05.07) 2 ^{ème} étape (06.06-17.06.07) 3 ^{ème} étape (17.09-22.09.07)	
Fin de l'étude	22.09.07	Fin Etude – vit à ce jour
Durée du suivi	25 jours relevés sur 3 périodes soit (7j/12j/6j)	



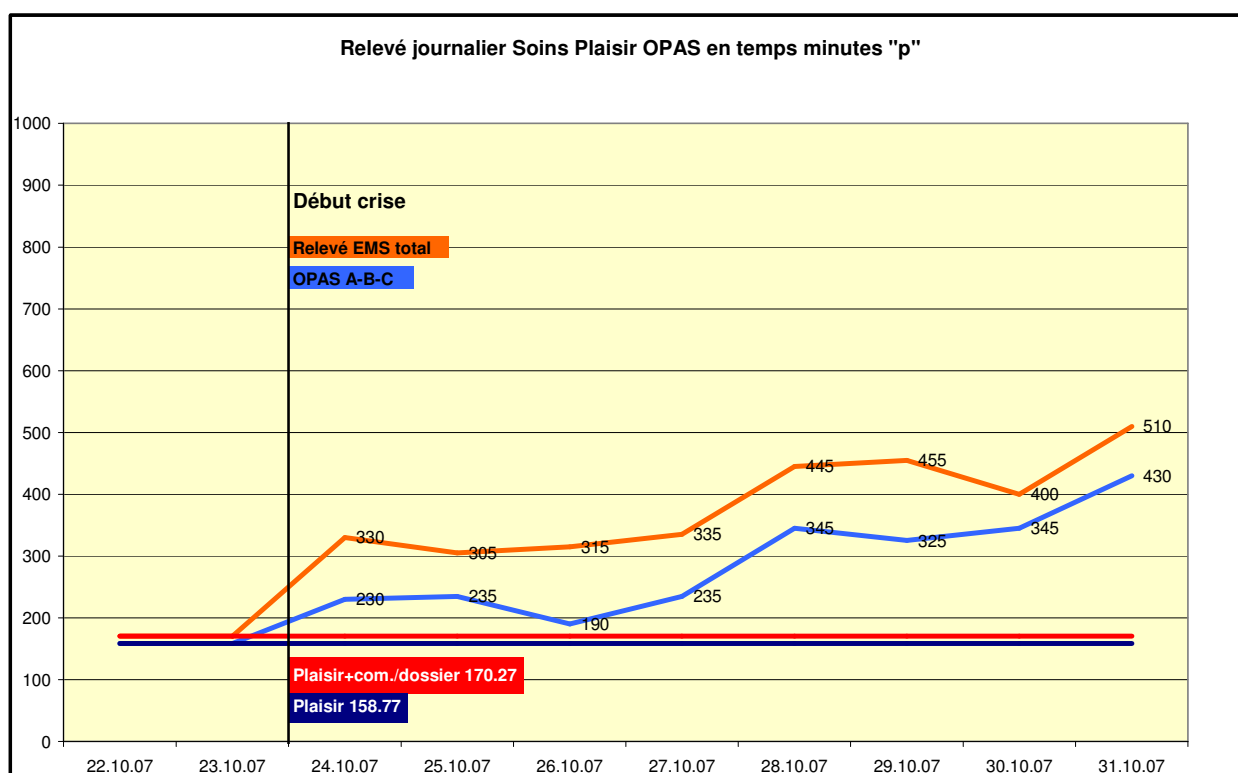
Descriptif de la situation Graphique « Relevé journalier des prestations »

Situation Code	"o"	
Date d'entrée EMS	30.01.2002	
Age (année)	1915	
Sexe	F	
Famille	Veuve 2 filles	
Diagnostics actifs	HTA Insuffisance cardiaque Démence type corps de Lévy	
Evénement qui déclenche l'étude	Probable AVC (27.01.07)	
Classe Plaisir à l'entrée	07.2004	6/8 – 160'66
Réévaluation Plaisir	01.05.2006	7/8 – 267'1
Début de l'étude	20.02.07 – 25.06.07 – 17.09.07	
Fin de l'étude	23.09.07	Fin étude – vit à ce jour
Durée du suivi	32 jours relevés sur 3 périodes soit (11j/14j/7j)	



Descriptif de la situation Graphique « Relevé journalier des prestations »

Situation Code	"p"	
Date d'entrée EMS	13.05.2005	
Age (année)	1925	
Sexe	M	
Famille	Veuf 2 fils	
Diagnostics actifs	Démence mixte de type Alzheimer Cardiopathie ischémique Foyer pulmonaire basal droit	
Evénement qui déclenche l'étude	Décompensation cardiaque douleur	
Classe Plaisir à l'entrée	01.07.2005	5/8 127'59
Réévaluation Plaisir	01.02.2007	6/8 158'77
	21.05.2007	6/8 158'77
Début de l'étude	24.10.07	
Fin de l'étude	31.10.07	Dcd 01.11.07
Durée du suivi	8 jours	



Descriptif de la situation Graphique « Relevé journalier des prestations »

Situation Code	"q"	
Date d'entrée EMS	16.05.07	
Age (année)	1911	
Sexe	F	
Famille	Célibataire Une amie – une cousine Témoine de Jehovah entourée par la communauté	
Diagnostics actifs	Leucémie lymphatique chronique (probable refus d'investigation) Décompensation cardiaque	
Événement qui déclenche l'étude	douleur	
Classe Plaisir à l'entrée	18.06.07	6/8 194'20
Réévaluation Plaisir		
Début de l'étude	27.09.07	
Fin de l'étude	13.11.07	Dcd 28.11.07
Durée du suivi	44 jours (stop suivi 13.11.07)	

