
Le RAI-NH est capable de quantifier tout le travail que vous faites?

Questionnaire pour les soignants des maisons de retraite du
Tessin. Une analyse des résultats



Édité par **Francesca Saltamacchia**


Impressum :

© OCST, Organisation chrétienne sociale du Tessin

Conception graphique et mise en page: eureka comunicazione visiva, Sementina

Impression: Tipografia Fontana SA, Pregassona

Première édition, novembre 2024



Index

Introduction	3
La structure du questionnaire	5
Glossaire	7
PREMIÈRE PARTIE : Connaissez-vous bien la RAI-NH ?	9
DEUXIÈME PARTIE : La RAI au quotidien	31
TROISIÈME PARTIE : La réponse aux besoins actuels et futurs est-elle adéquate ?	53
Annexe	59





Introduction

Le travail suivant vise à recueillir les considérations du personnel travaillant dans les maisons de retraite (ci-après CPA) en ce qui concerne à l'instrument RAI-NH. Au début des années 2000, le Tessin a introduit l'outil d'évaluation des patients dans les maisons de retraite (RAI-NH) en remplacement de grille de Paillard, utilisée jusqu'à. Utilisé dans le monde entier (son origine est canadienne), il s'agit d'un instrument clinique qui est adopté au Tessin par le biais d'un système de calcul.

Ceci a été convenu entre les organismes de financement et les bénéficiaires du financement, également pour déterminer l'allocation du personnel soignant et infirmier. Les atouts du RAI-NH ne font aucun doute : il permet une meilleure planification des soins et, par conséquent une meilleure qualité des soins, ainsi que la définition de parcours de soins adaptés aux besoins. Toutefois, le grave problème de la pénurie chronique de personnel a été soulevé à de nombreuses reprises lors des discussions avec le personnel infirmier.

Compte tenu de la corrélation entre cet instrument et les effectifs qui en découlent, notre organisation a donc jugé nécessaire de mieux comprendre le fonctionnement de cet instrument afin de mettre en évidence d'éventuels points critiques et, par conséquent, de vérifier s'il en mesure de répondre de manière adéquate aux besoins des maisons de retraite d'aujourd'hui. Pour ce faire, nous avons élaboré un questionnaire intitulé : Le RAI-NH est-il en mesure de quantifier tout le travail que vous effectuez ? Questionnaire destiné aux soignants des maisons de retraite du Tessin. Le que-

a été créée grâce à la collaboration d'un groupe de syndicalistes travaillant dans le secteur social et de la santé et un groupe d'aidants, dans le but impliquer les personnes directement concernées.

Partant de l'hypothèse que la gestion de la qualité protège le droit des bénéficiaires à recevoir des services correspondant à leurs besoins et à leurs attentes, nous avons l'intention d'enquêter à l'aide du questionnaire :

- si les instruments utilisés pour évaluer les besoins du patient et les besoins du personnel (aspect des soins et nombre d'employés) garantissent la réalisation de l'objectif, c'est-à-dire la protection de la qualité des soins ;
- dans le cas contraire, si des mesures correctives peuvent être apportées à ces instruments.

Le questionnaire comprend également une section finale.

L'objectif est de mettre en lumière, en partant également de la nouvelle planification LANZ LACD et du premier principe pivot sur lequel reposent les choix de planification, à savoir l'orientation vers l'usager, quels sont les besoins des aidants, du point de vue de leur préparation/formation, et en particulier si

- sont prêts à s'occuper des personnes âgées de demain ;
- la formation (dans tous les domaines) dont ils auront besoin pour fournir des soins de qualité face aux nouveaux problèmes des résidents.

Bien que nous soyons conscients que l'adéquation de l'instrument RAI-NH est largement débattue dans divers forums et que plusieurs mises à jour et modernisations ont déjà été effectuées, nous notons ce qui suit

des éléments supplémentaires qui n'ont pas encore été pris en compte et des points critiques qui sont soulevés de manière récurrente par les soignants que nous rencontrons quotidiennement dans le cadre de notre travail et qui sont exposés dans ce rapport.

L'objectif du questionnaire est donc: une première intention, directe, est de proposer les résultats obtenus comme base de discussion aux personnes chargées d'évaluer les effectifs corrects afin d'améliorer conditions de travail du personnel travaillant dans ce secteur. La deuxième intention, indirecte, est de sensibiliser les travailleurs qui travaillent dans ce secteur aux conséquences réelles qu'une utilisation correcte de cet instrument a dans le calcul du quota.

La première intention a déjà été partiellement mise en œuvre sous la forme d'entretiens : les données collectées ont été présentées à un certain nombre de personnalités impliquées au premier plan dans projet, qui ont été invitées à commenter chaque question. Il s'agit en des personnes suivantes Daniele Stival (chef de l'Office des personnes âgées et des soins à domicile du canton du Tessin), Giovanni Marvin (infirmier cantonal de 2007 à 2024) et Andreja Rezzonico (infirmier cantonal adjoint), Stevens Cra-meri (directeur de la maison de retraite Alto Vedeggio), Fabrizio Greco (ancien directeur de l'association Melograno), Paolo Pezzoli (directeur de Lugano Istituti Sociali, LIS), Tiziana Urbani (responsable de la section santé de LIS), Diego Lo Curto (responsable des soins infirmiers de l'Institut pour personnes âgées de la Léventine, LIS), et

seniors Holy Cross), Anthea Gianora (infirmière, Casa Petronilla). Nous tenons à remercier le personnel infirmier qui a soutenu ce travail et y a participé, en nous adressant des demandes ponctuelles, en partageant son travail et, surtout, en faisant confiance à notre organisation. Nous remercions également les personnes qui ont participé aux entretiens, en donnant du crédit à ce travail et en apportant des éclairages intéressants et constructifs. Il est regrettable que certaines personnes aient fait obstruction à cette enquête, ne voulant pas en comprendre le bien-fondé : leur opposition n'a cependant pas entamé notre conviction et notre détermination à mener à bien ce travail.

La structure du questionnaire

SECTION INTRODUCTIVE

Pour interprétation plus consciente des résultats collectés, cette section a demandé des détails sur le contexte professionnel : âge, éducation, profession, nombre d'années dans le secteur, année d'emploi la structure actuelle, pourcentage d'emploi actuel.

PARTIE 1: Connaissez-vous bien le RAI-NH? Cette section étudie la connaissance de l'instrument et, en second lieu, la conscience de la manière dont cet instrument influence le travail des soignants.

PARTIE 2: Le RAI dans le travail quotidien Cette partie étudie la correspondance ou l'inadéquation entre le travail effectué quotidiennement par chaque personne âgée et la quantification de ce travail dans l'instrument RAI.

PARTIE 3: La réponse aux besoins actuels et futurs est-elle adéquate? Dans la dernière partie, les soignants sont invités à exprimer une auto-évaluation de leur propre préparation à faire face à certains problèmes actuels et futurs des personnes âgées.

Nous présentons ci-dessous les données recueillies pour chaque question, en soulignant qu'environ 1 600 questions ont été posées et qu'un total de 219 ont été complétées. Pour chaque thème, deux types de questions sont posées, l'une pour ceux qui ne remplissent pas le RAI et l'autre pour ceux qui le font. Il convient également de noter que la présentation de chaque résultat est accompagnée de commentaires des personnes interrogées, comme vous le lirez, ne se contentent pas d'approuver ou de réfuter ce qui ressort des données collectées, mais émettent souvent des critiques ou des propositions dans un but constructif.

Glossaire

ADiCASI

Associazione dei direttori delle Case per anziani della Svizzera italiana.

ADL ou AVQ

Activities of daily living / activités de la vie quotidienne.

Indice CH

Échelle d'évaluation des paramètres de calcul du quota de personnel infirmier.

CPA

Case per anziani. Maison pour personnes âgées

LACD

Legge sull'assistenza e cura a domicilio

LAMal

Legge federale sull'assicurazione malattie. Loi fédérale sur assurance maladie.

LANz

Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane. Loi sur la promotion, la coordination et le financement des activités en faveur des personnes âgées.

MDS

Minimum Data Set. Formulaire d'évaluation à remplir à la fin de la période d'observation.

RAI-NH

Resident Assessment Instrument-Nursing Home, un instrument d'évaluation des soins infirmiers et gériatriques utilisé dans les maisons de retraite.

<https://www.besaqsys.ch/it/rai-nursing-home-rai-nh>

RUG

Resource Utilization Groups. Les groupes d'utilisation des ressources (RUG) peuvent être comparés conceptuellement aux DRG (*Diagnosis Related Groups*) de la zone aiguë. Ils sont utilisés pour la classification tarifaire. Un indice de soins est généré pour chaque groupe RUG, qui correspond à la charge moyenne de soins en termes de temps.

Umc

Ufficio del medico cantonale. Bureau médical cantonal.

Uacd

Ufficiado degli anziani e delle cure a domicilio. Bureau des personnes âgées et des soins aux personnes âgées.

Giovanni Marvin et Andreja Rezzonico "Le RAI est un instrument clinique qui est également utilisé au Royaume-Uni pour déterminer l'affectation du personnel infirmier et soignant, au moyen d'un système de convenu entre les organismes de financement et bénéficiaires du financement. La partie clinique du RAI (et le RUG qui en résulte) repose sur une base scientifique validée au niveau international et n'est donc pas négociable contrairement au RUG, qui ne bénéficie d'aucune validation internationale. À Ticino, la valeur de l'indice CH a été convertie en minutes de soins (actuellement, un indice CH de 1 000 correspond à 150 minutes). Cette conversion permet de calculer les minutes quotidiennes de soins et d'assistance pour un CPA, et donc la dotation en personnel nécessaire. Le chiffre 150 jusqu'en 2015 était de 145, puis a été augmenté suite aux travaux de l'étude Curatime, et prend en compte à la fois le nombre de minutes de soins et d'assistance et le nombre d'heures de soins et d'assistance.

les soins directs ainsi que les soins indirects tels que la mise à jour de la documentation.

C'est l'UACD qui s'occupe des aspects financiers, mais nous, en tant qu'UMC, sommes impliqués dans le mélange des compétences : si, par exemple, le CPA doit être doté de 60 unités, nous définissons le nombre d'infirmières, d'aides-soignantes, d'OSS et de tout le personnel soignant et infirmier en accord avec l'UACD.

Il faut souligner qu'il s'agit à l'origine d'un outil clinique et non d'un outil de gestion du personnel : si ce message passe auprès du personnel, et donc si l'outil est utilisé correctement, il est possible de passer à la négociation de la gestion du personnel. A l'inverse, si l'outil est mal utilisé, aucune négociation n'est possible. Pour le comprendre, on voit des CPA avec une note moyenne de RUG dé-cisivement basse (0,9) et d'autres avec une note très élevée (1,4) par rapport à la médiane (à TI 1,2 environ).

ca). Dans les deux cas, il devient difficile de négocier la demande de personnel supplémentaire : dans le premier cas, elle serait rejetée parce que le RUG est trop bas, dans le second cas, elle serait rejetée parce qu'elle ne peut pas être justifiée. C'est le résultat correct qui permet de négocier.

Il est cependant pratiquement certain que d'ici trois à quatre ans, le RAI sera l'instrument utilisé au niveau suisse pour la définition des besoins de prise en charge des usagers dans les établissements médico-sociaux et dans les soins à domicile. Une intéressante qui n'a jamais été appliquée (même si elle est discutable) : à long terme, on pourrait envisager de séparer les deux instruments, c'est-à-dire d'utiliser le RAI pour l'aspect clinique et de développer un autre instrument pour le staffing (qui serait à inventer et à partager).

PREMIÈRE PARTIE Dans quelle mesure connaissez-vous le RAI-NH?

En général, comme le montrent les résultats, presque tous les répondants affirment savoir ce qu'est le RAI-NH. Vous trouverez ci-dessous un résumé des réponses ouvertes aux questions de la partie 1.

Savez-vous comment cela affecte la gestion et la qualité de votre travail?

Ceux qui ont répondu à cette question ont déclaré que le RAI est l'instrument qui permet d'établir le nombre de personnes nécessaires pour prendre en charge les résidents. Les termes les plus fréquemment utilisés dans les réponses sont : quantification de la dotation en personnel, besoins en personnel, quota, nombre de membres du personnel employés. Certaines réponses précisent également que l'instrument est destiné à déterminer le type de soins dont chaque résident a besoin.

Enfin, il y a quelques commentaires qui ne sont pas strictement liés à la question, mais qu'il est intéressant de souligner et d'où ils émergent :

- une certaine prise de conscience du fait que si le RAI est bien réalisé, la dotation en personnel tend à être plus élevée et à correspondre davantage aux besoins réels ;
- une critique du manque de temps disponible compilation;
- une critique de l'instrument lui-même, considéré par certains comme une perte de temps, inutile ou ne répondant pas aux besoins réels des résidents.

Tous ces aspects sont traités en détail dans les parties suivantes du questionnaire.

Fabrizio Greco

"Il n'existe pas de protocole standardisé ou de norme minimale exigée par les mesures cantonales (nombre minimum de personnes dédiées, par exemple)."

Stevens Cramer

"L'office cantonal des médecins exige un minimum de coordinateurs et de superviseurs RAI; cependant, chaque institut adopte des procédures internes pour les évaluations, sans uniformité organisationnelle."

Anthea Gianora

"Il n'y a pas d'impositions de formation, de pro- duits à suivre ou de contrôles par le canton".

Diego Lo Curto

"Il n'appartient qu'au superviseur d'apposer sa signature sur le MDS."

Daniele Stival

"Il y a un manque de connaissance du système organisationnel lié au RAI de la part des soignants eux-mêmes : il y a un groupe pilote RAI et nous voulions mettre en place un groupe d'accompagnement pour ceux qui n'utilisent pas consciemment l'instrument. Ce qui est fait, c'est de proposer des formations de pair à pair ou des audits par BESA QSys. Le problème est que la maison de retraite fait état d'un manque de personnel, peut-être avec un ratio inférieur à la moyenne. L'utilisation de l'outil relève principalement la responsabilité de l'institution et de la direction."

Giovanni Marvin et Andreja Rezzonico *"Le Rai utilisé dans les CPA est un instrument multidisciplinaire pour lequel il n'existe pas de figure professionnelle spécifique."*

cificateur qui le remplit. L'évaluation du patient prescrit qu'une observation doit être réalisée sur une période de 14 jours; il est donc souhaitable que toutes les personnes travaillant dans les CPA soient impliquées. Cependant, aucune méthode particulière de collecte de ces données n'est établie: c'est à l'institution de s'organiser: il y a ceux qui l'écrivent dans les formulaires ou ceux qui font rédiger des formulaires à cet effet. Ces informations doivent ensuite être discutées en équipe. Ensuite, la MDS recueillant les informations doit être signée par l'infirmière et contresignée par le médecin. Ainsi, c'est le foyer qui est responsable de la mise en œuvre des processus corrects, l'UMC vérifie qu'il y a un nombre minimum de coordinateurs et de superviseurs et que la compilation selon le manuel est effectuée dans les délais requis".

Savez-vous par qui elle est compilée dans votre organisation (par quels professionnels)



Les réponses indiquent notamment les chiffres suivants : infirmiers, aides-soignants, travailleurs sociaux, coordinateurs, ordonnateurs ou les responsables, tous des infirmiers de la SCP. Si la figure de l'infirmière est celle qui revient le plus dans les réponses, il est vrai aussi qu'une image très hétérogène se dégage. Deux raisons peuvent être avancées à cet égard:

- tous les répondants ne sont pas vraiment conscients du système organisationnel lié à l'élaboration du RAI ;
- chaque CPA adopte ses propres procédures de compilation et il n'y donc pas d'uniformité entre les différents CPA.

Dans le tableau ci-dessous, nous avons rassemblé les réponses aux questions fermées (Oui - Non) proposées dans la première partie du questionnaire.

Connaissez-vous le RAI?	99%	1%
Savez-vous comment cela affecte la gestion et la qualité de votre travail?	83%	17%
Savez-vous par qui il est compilé dans votre établissement?	98%	2%
Existe-t-il allocation salariale pour les personnes qui complètent le RAI dans votre organisation?	5%	95%
Avez-vous suivi une formation RAI?	68%	32%
Y a-t-il eu un cours sur la RAI à l'école?	16%	84%
que les outils mis à disposition pour la compilation pourraient être améliorés?	59%	41%
Avez-vous une connaissance suffisante des outils informatiques disponibles?	76%	24%
Avez-vous assez de temps pour compiler?	27%	73%
Si NON, cela peut-il entraîner une compilation incomplète (ou incorrecte) de la MDS?	85%	15%

Fabrizio Greco

"Il est vrai qu'il n'y a pas de compensation. Un assistant ne devrait pas être rémunéré, mais le superviseur l'est. Outre la reconnaissance monétaire, la réorganisation hiérarchique du personnage est nécessaire.

Stevens Cramer

"Il faudrait davantage de ressources pour permettre au personnel de se former sans alourdir l'équipe. Les coûts, bien que reconnus, sont importants, tout comme les licences annuelles de cet outil.

Paolo Pezzoli et Tiziana Urbani

"Chez nous, le RAI est rempli par les chefs de service. En général, il s'agit d'infirmiers en possession d'un DAS. Le chef de service peut déléguer les infirmiers en possession du ti...

tion du superviseur ou du coordinateur RAI. Cependant, la tâche n'est pas sans risque. Le RAI est connu de tous, il est considéré comme un "guide essentiel" du secteur; il est impossible de travailler sans cet outil. Dire que ceux qui compilent le RAI devraient recevoir une indemnité spécifique pourrait impliquer que nous devrions également indemniser ceux qui compilent les dossiers médicaux. De plus, n'oublions pas qu'un superviseur RAI qui change d'emploi devient plus "dépendable" sur le marché du travail, ayant bénéficié d'une formation spécifique et de temps pendant les heures de travail pour se consacrer à cette activité.

Diego Lo Curto

"Il n'y a pas d'indemnité parce que le coordinateur est déjà reconnu dans l'échelle des salaires de la fonction de coordinateur.

les infirmières. Nous investissons dans la formation des chefs de service et des infirmières. Certains établissements versent une indemnité parce qu'ils font appel à une infirmière, mais il y a un problème : cela ne fonctionne pas parce que vous êtes à l'extérieur, que vous ne participez pas directement aux soins et que vous ne pouvez pas avoir une vue d'ensemble de la charge de travail. C'est pourquoi nous avons formé davantage de superviseurs: une vingtaine répartis dans dix services qui s'occupent directement des résidents en cours d'évaluation.

Daniele Stival

"Bien faire la RAI, c'est avoir plus de personnes disponibles dans le contingent. Bien faire, c'est un investissement et pas seulement une charge administrative. Pour l'année prochaine, nous dirons aux structures d'examiner en profondeur l'utilisation de l'instrument.

Giovanni Marvin et Andreja Rezzonico

"A mon avis, il est juste que l'organisme de financement ne reconnaisse pas cette charge. Contrairement à la SACD, où la Caisse d'assurance maladie reconnaît une heure pour l'évaluation et une demi-heure pour l'élaboration du plan de soins par patient deux fois par an, dans les CPA il s'agit d'une norme déjà fixée dans la partie RUG. La discussion pourrait être menée avec l'UACD pour calculer le temps nécessaire et demander une reconnaissance financière supplémentaire, mais même si elle reconnue, cela ne changerait pas nécessairement quelque chose au niveau de l'organisation et de la gestion. Si l'on veut reconnaître une charge administrative pour le personnel, il ne faut pas se focaliser sur le RAI mais sur autre chose. Par exemple, nous pourrions doter le CPA d'un secrétariat médical et reconnaître une plus grande part de soins indirects. Il convient donc d'examiner où les charges de travail doivent être réparties différemment, en analysant également les niveaux d'organisation et de gestion du service.

La question de savoir si le RAI est destiné à fournir une allocation salariale aux personnes qui le remplissent, la réponse est de loin négative (95 %), ce qui est compréhensible, comme l'expliquent les personnes interrogées (voir page de gauche).



Fabrizio Greco

"Il est vrai qu'il n'y a pas de type de plan de formation et/ou d'obligation de mise à jour. Chaque structure fait comme elle l'entend. De plus, il n'y a pas de "reconnaissance".

Stevens Cramer

"Il faut une plus grande coordination dans la formation RAI. Il est essentiel de promouvoir une plateforme d'échange au sein des formations afin de clarifier la manière d'enregistrer les informations. Une mauvaise connaissance de l'outil peut conduire à des sous-estimations ou à des erreurs dans l'utilisation de certains postes, comme les formations, rarement à des surestimations. Artisat possède de nombreuses données à travers le RAI pour les statistiques nationales,

qui pourrait être utilisé non seulement pour les publications, mais aussi pour identifier les points critiques et les points forts, armer et répondre aux besoins des résidents et du personnel, améliorer reconnaissance de la Rugs. Il est essentiel que tous les opérateurs, même ceux qui ne sont pas directement impliqués dans la compilation du RAI, comprennent l'outil. La pluridisciplinarité doit inclure tous les thérapeutes, qui doivent connaître le système RAI pour une coordination des soins entre eux et le secteur des soins infirmiers. L'absence d'une compréhension commune et d'un transfert linéaire de l'information peut conduire à des évaluations inadéquates. Le RAI doit être intégré dans les dossiers de soins et les organismes institutionnels doivent avoir le courage d'imposer le RAI.

un dossier médical unique pour assurer la comparabilité des données".

Paolo Pezzoli et Tiziana Urbani

"En général, il est vrai que chaque établissement a ses propres procédures. Bien que la réglementation cantonale fixe un nombre minimum de personnes formées, chaque établissement fonctionne différemment: certains confient tout à une seule personne, tandis que d'autres ont établi différents niveaux de responsabilité et impliquent le personnel dans une formation continue. L'état du patient est ensuite documenté afin de recueillir toutes les informations nécessaires. Une documentation clinique bien rédigée est essentielle. Par exemple, si un patient prend neuf médicaments ou plus, méthode de codage varie: certains enregistrent les substances actives

Avez-vous suivi une formation RAI? Si oui, dans quel domaine année? Quel type de formation?

Seulement 68% affirment avoir reçu une formation sur le RAI. Par ailleurs, si l'on croise les données obtenues à la réponse précédente (qui remplit le RAI dans votre structure?), on constate que, par exemple, sur 100 infirmières qui répondent qu'elles remplissent le RAI, seules 66 affirment avoir participé à un cours sur le RAI. Autre exemple: sur 49 aides-soignantes ayant répondu qu'elles remplissaient le RAI, seules 66 affirment avoir participé à un cours sur le RAI.

seulement 24 ont reçu une formation sur le sujet. En ce qui concerne l'année au cours de laquelle la formation sur l'instrument a eu lieu, les réponses sont très variées. Une partie des répondants indique qu'ils n'ont eu qu'une seule formation et qu'elle remonte à plusieurs années. Une autre partie indique avoir reçu sa dernière formation entre 2020 et aujourd'hui. En croisant les résultats de cette réponse avec les données personnelles (notamment l'année d'entrée en fonction dans les CPA), on ne peut pas conclure qu'il existe un processus de formation continue appliqué de manière homogène dans toutes les structures. En particulier, il y a des personnes qui ont été embauchées il y a de nombreuses années et qui ont suivi une formation après 2020; en même temps, il y en a d'autres qui ont été formées après 2020.

qui ont été embauchés il y a plus de 20 ans et n'ont eu l'occasion de suivre des cours sur le sujet; même pour les personnes embauchées récemment (moins de cinq ans), il existe des situations où la formation est continue et d'autres où elle ne l'est pas.

Nous avons ensuite demandé aux personnes interrogées quel type de formation elles avaient suivi sur le sujet, les réponses varient considérablement et dépendent certainement de la fonction occupée par l'employé dans leur organisation. Elles vont d'un cours de superviseur à un cours de coordinateur, en passant par un cours de base ou des cours de mise à jour.

plutôt que les médicaments eux-mêmes. données objectives, qui ne nécessitent pas d'analyse et de raisonnement clinique, l'enregistrement par une infirmière n'est pas nécessaire. Toutes les entreprises ne fonctionnent pas de la même manière, mais ce qui pertinent pour étayer le RUG doit être consigné dans le dossier par tous les soignants. Chez nous, nous avons fixé des seuils minimaux de formation RAI pour chaque service et y a six ou sept coordinateurs dans un tel service. Nombreux sont ceux qui souhaitent suivre une formation de coordinateur, bien que les besoins ne soient pas si importants, mais nous avons également mis en place une formation interne pour les OSS.

Le chef de service et le superviseur doivent être conscients des aspects spécifiques, tels que l'ouverture d'une période d'évaluation qui, si elle n'a pas lieu, peut entraîner une perte de temps.

si elle n'est pas effectuée correctement, n'est pas reconnue par la caisse d'assurance maladie. Il doit y avoir une personne de contact, mais c'est aussi au chef de service qu'il incombe de sensibiliser l'ensemble du personnel soignant à l'importance de la compilation, de l'observation et de la documentation. Au départ, plusieurs personnes étaient chargées du RAI. Le superviseur disposait d'un jour fixe par mois consacré au RAI, mais cela n'est pas efficace en cas de changement de statut. Il est désormais exigé que deux heures par semaine soient prévues pour le contrôle continu, ce qui est crucial. Actuellement, un groupe de travail spécialisé composé d'une personne de contact par établissement LIS tente de diffuser ce modèle dans tous les établissements. Une vue analytique de la

Cette situation n'est pas à portée de tous les membres du personnel. La personne doit être impliquée, mais la vision analytique vient du superviseur.

Diego Lo Curto

"La formation doit être envisagée et identifiée à plusieurs niveaux: l'infirmière doit avoir des connaissances spécifiques, soignant doit également avoir d'autres connaissances en ce qui concerne la compilation du MDS, par exemple en ce qui concerne la compilation correcte du cours. Il incombe alors au superviseur/coordonateur d'éduquer son équipe à la prise en charge correcte, en veillant explicitement à ce qu'il/elle reporte dans les fiches de cours les éléments requis par la MDS. Vous devez documenter, par exemple, si la personne est cognitivement intacte, si

Y a-t-il eu un cours sur la RAI à l'école?

Si oui, quand?

vous le voyez confusément, si vous effectuez un transfert en levant simplement une jambe, parce que le résident est fatigué. Cette simple action fait partie des quatre points de l'indice LDA qui affectent considérablement le facteur pondéré. Le problème, cependant, est que du côté de la formation, c'est l'établissement qui décide d'investir dans ce, aucun financement spécifique n'est accordé. C'est pourquoi chaque établissement décide indépendamment de la manière de traiter le sujet lié au RAI.

Un élément positif en ce qui concerne la formation: avant, il n'y avait pas d'instrument unique. Maintenant qu'une seule langue devrait être parlée par tous, puisqu'il a été décidé de l'instrument à utiliser pour toute la Suisse, s'attend à ce que la formation soit plus ciblée et plus approfondie.

Toujours dans le domaine de la formation, que nous avons jugé digne d'être approfondi, nous avons consacré cette autre question ouverte.

Le est particulièrement: 84% des personnes interrogées ont n'avoir suivi aucun cours de RAI dans le cadre de leur scolarité. Ceux qui formés à l'école, en revanche, ont reçu une formation générale, limitée ou de base. Dans les réponses ouvertes, tous s'accordent à dire qu'il ne s'agissait que de quelques brèves indications pédagogiques sur le sujet.

Anthea Gianora

"J'ai suivi tous les cours en 2015, mais en 2016 il y a eu beaucoup de changements dans l'instrument et les figures reconnues (coordinateur, co-coordinateur et superviseur). Il n'y a pas d'imposition de formation et la formation dans ce domaine n'est pas intégrée dans l'offre de cours. Une fois que toutes les formations jusqu'au superviseur ont été faites, il y a un besoin de remise à niveau ou au moins de notification de tout changement de codification ou autre. La transmission des informations est nulle. J'ai découvert lors de mon dernier cours, après six ans, que je codais mal les médicaments: système de codage avait été modifié, mais je ne le savais pas, car je n'en avais pas été informée. Le canton se base alors sur des données erronées pour établir des statistiques et se faire une idée de l'évolution du monde de la CPA".

Daniele Stival

"Il est prévu de mettre en place des actions de sensibilisation dans les établissements afin d'évaluer si personnes qui l'utilisent procèdent à des mises à niveau. Cependant, nous devons également comprendre comment BESA QSys peut avoir un impact sur une demande aussi importante. En effet, s'il s'avère que BESA ne fournit pas de mises à jour, on pourrait lui demander d'améliorer cet élément. Au cours du second semestre et en 2025, il est prévu que l'ensemble du secteur passe du RAI NH au RAI LTCF, avec mise à niveau et une numérisation plus poussée de l'instrument, ainsi que des formations ad hoc pour tous les départements.

Giovanni Marvin et Andreja Rezzonico

"Au fil des ans, l'instrument RAI a effectivement changé, mais pas substantiellement, et de temps en temps des cours de formation ont été financés par le canton pour le mettre à jour.

Il faut cependant noter que dans les AAP, par l'intermédiaire du canton, de nombreuses autres formations sont également réalisées sur des thèmes peut-être plus urgents, comme par exemple la formation EOI- CA a été dispensée jusqu'à présent aux infirmières de 12 AAP pendant un an et demi et qui sera désormais assurée par le SSSCI en collaboration avec le canton.



Fabrizio Greco

"Pour les directions, les coûts de sécurisation des outils informatiques (par exemple, de nombreux PC) sont énormes. Ces coûts ne sont pas reconnus par le mandat de pré-stationnement, il est donc difficile de financer la mise à jour et l'extension des outils".

Diego Lo Curto

"Il doit y avoir au moins deux PC par livraison. Le PC est nécessaire à fois pour la saisie des données dans le logiciel RAI et pour documenter toutes les informations nécessaires au remplissage correct du formulaire MDS.

Paolo Pezzoli

"Le nombre de PC dans les services a été augmenté, mais ils ne sont jamais suffisants. A

En moyenne, il y a 3 ou 4 PC dans nos services. Le PC est utile pour les mises à jour des cours. Pour le RAI, nous avons environ trois ou quatre évaluations ouvertes temporairement. Il est important que le logiciel facilite davantage le travail grâce à l'automatisation et à la simplification des procédures: il y a encore trop de papier.

Stevens Crameri

"Il existe des dossiers comme Siems (TEcHost), mais ils sont coûteux. Avec ce système, on pourrait déjà intégrer l'extraction de données pour mettre à jour/compléter une partie du RAI.

Anthea Gianora

"Avec l'introduction de l'interRAI, probablement en 2025, les

La compilation sera affinée mais encore plus complexe. La période d'observation sera raccourcie, ce qui, compte tenu manque de temps chronique, rendra le travail encore plus compliqué. Il faudra toutes les informations utiles en quelques jours et les documenter en détail. En cas d'échec, il ne sera plus possible de coder beaucoup de données, avec pour conséquence des évaluations erronées et sous-estimées qui se répercuteront sur les groupes RUG.

Certains dossiers informatisés comportent des entrées faisant référence au système RAI. Dans les plans de soins, le libellé suit la codification du MDS, ce qui facilite la compilation des fiches d'évaluation.

Là encore, le canton ne demande pas de normes minimales,

Combien et quels supports (papier/informatique) sont mis à la disposition pour la compilation dans votre établissement?

▼
Cette question et les suivantes concernent les outils mis à disposition tant en termes de supports (papier/informatique) que de temps. Il est évident que ces questions ne s'adressent qu'à ceux qui compile le RAI.

A la question "Combien et quels supports (papier/information) sont mis à disposition pour la compilation dans votre établissement?", seule une minorité a répondu. Ayant utilisé le terme "support", nous pensons que la question a pu être mal comprise par plusieurs répondants, qui ont interprété le terme comme "aide" en répondant "le manuel RAI". Parmi ceux qui ont fait état des outils disponibles, une grande partie des réponses se sont concentrées sur l'utilisation de l'informatique, tandis qu'une minorité a fait état de l'utilisation d'outils papier.



chaque CPA choisit le dossier informatisé à mettre en place dans la structure. Le canton ne prévoit pas de financement pour permettre aux CPA de passer à des outils facilitant leur travail de compilation.

Daniele Stival

"Au second semestre et en 2025, il est prévu de faire passer l'ensemble du secteur de RAI NH à RAI LTCF avec une mise à niveau et une plus grande numérisation outil ainsi qu'une formation ad-hoc pour tous les services. Il y a plus de contact avec les utilisateurs et la partie administrative devrait être allégée. Au sein du groupe de pilotage du RAI, dans lequel sont représentés les instituts, le service du médecin cantonal et l'UACD, l'équipe de pilotage du RAI est composée de représentants des instituts, du service du médecin cantonal et de l'UACD.

transition vers la RAI LTCF, à l'instar de nombreux autres cantons en Suisse".



Pensez-vous que ces instruments pourraient-ils améliorer?

À cette question, 59% ont estimé qu'ils avaient besoin de meilleurs outils. Dans ce cas, la question a été bien comprise et la demande d'argumentation qui s'en est suivie permet de répondre à la question.

pour prendre le relais:

- la nécessité de disposer d'un plus grand nombre de PC, au moins un par département, ou d'avoir des stations RAI dédiées, ou encore d'introduire l'utilisation de tablettes;
- la demande d'une assistance plus spécialisée, d'un manuel plus clair et d'un chat en ligne;

- le constat que l'élaboration du RAI est perçue comme compliquée. A cet égard, des demandes sont formulées telles que la simplification de l'instrument (certains suggèrent "moins d'acronymes au profit de mots") et du manuel, la possibilité de bénéficier de plus de formation et de plus de temps. Une simplification de l'outil conduirait également, comme le suggèrent certaines réponses, à l'implication de chiffres supplémentaires dans la compilation.



Fabrizio Greco

"Le temps nécessaire pour compléter le RAI n'est pas connu, je confirme ce qui a été dit par les répondants. Il est également très difficile de définir le temps réellement nécessaire entre l'observation et la compilation. Il faudrait faire une étude pour savoir combien de temps chaque personne consacre à l'observation et à l'enregistrement des données. C'est un temps qui est passé quotidiennement. Il est également vrai qu'une compilation incorrecte a des conséquences pour les patients et les employés; au contraire, une compilation superficielle peut conduire à une augmentation fictive des groupes RUG.

Paolo Pezzoli

"Une compilation incorrecte entraîne perte de ressources. Il est essentiel d'avoir une discussion constante sur les erreurs. Le superviseur doit reconnaître les changements et intervenir constamment et régulièrement. Cet instrument des points très sensibles. Il y aura des changements, par exemple de 14 à 3 jours pour l'observation. Je ne sais pas si c'est positif ou non. Le travail est très lié à une culture de la compilation correcte. Par exemple, lorsque vous répondez à la question de savoir si vous soulevez une personne sur deux, si la culture n'est pas appropriée, la réponse pourrait être non, sans tenir compte du fait que l'intervention avec l'aide de deux personnes pourrait être limitée aux heures de la nuit ou à des moments spécifiques de la journée.

Stevens Cramer

"Consacrer du temps à la compilation est essentiel pour garantir la qualité. En même temps, si elle était automatisée, elle permettrait d'économiser des ressources pour le résident. Une compilation imprécise a une influence négative sur les décisions d'accueil et d'admission. Heureusement, nous disposons de professionnels compétents qui s'engagent à réaliser des évaluations fidèles à la réalité. Il ne faut pas cacher un certain stress, notamment généré par l'évolution du statut des résidents, qui impose des réévaluations, générant une charge importante. Pour un établissement de 72 places, il faudrait une unité au taux de 80% pour traiter uniquement cette question.

En plus de demander aux soignants quels outils étaient à leur disposition, nous nous sommes penchés sur le temps nécessaire pour remplir le questionnaire.

Les réponses à cette question se situent entre 30 et 90 minutes. Plusieurs répondants ont toutefois indiqué que le travail se déroule pendant la période d'observation et que le temps de compilation dépend généralement de la phase au cours de laquelle l'évaluation a lieu, du type de patient et de la transmission correcte des données par les collègues.

La plupart se plaignent cependant du manque de temps consacré à la compilation (73%): mais quelles seraient les conséquences d'une compilation bâclée ou non réalisée en temps voulu?



L'augmentation artificielle du RAI (par exemple par des actes plus techniques ou autres) n'est pas une pratique suivie. On s'efforce plutôt être aussi précis que possible. Cependant, certains aspects cruciaux pour la réhabilitation et le maintien des résidents, tels que la formation, sont souvent limités dans leur reconnaissance, au détriment du bénéfice du résident. Il est nécessaire d'investir davantage dans les services thérapeutiques tels que l'ergothérapie et la physiothérapie et de promouvoir la multidisciplinarité. Actuellement, il y a 1,7 personnel reconnu pour 100 lits, avec des interventions autodétermination, l'indépendance, la marche et la nutrition, etc.

Anthea Gianora

"Une RAI mal rédigée ne signifie pas

que les soins sont médiocres. Il existe peu de cas où le RAI est utilisé comme outil d'évaluation des besoins en matière de soins. Il existe d'autres instruments (échelles de douleur, échelles de troubles du comportement...) qui permettent d'évaluer les besoins réels du résident dans sa vie quotidienne. Un RAI mal rempli ne correspond pas à une mauvaise prise en charge du résident. D'autant plus que, quel que soit le RAI, nous essayons mettre en place des interventions qui permettent à la personne de se sentir bien.

Diego Lo Curto

"J'aurais demandé: quelle est l'importance de la compilation de la RAI pour vous ? C'est un investissement. Pour les soignants, elle devrait être placée au même niveau que les soins primaires. C'est une question de vision

n'est pas considérée comme une priorité".

Daniele Stival

"Le temps de compilation est créé par l'utilisation correcte de l'outil et donc par le fait d'avoir plus de personnel. Avec l'introduction du CH INDEX 2016 (qui prend en charge le curatime) sur papier, un pas a été franchi pour que la RAI accorde plus de moyens. Il faut enclencher un cercle vertueux".

Giovanni Marvin et Andreja Rezzonico

"L'expérience des personnes et des soignants est toujours importante. La question est de savoir comment l'objectiver. Est-il possible de faire une enquête objective sur le temps utilisé pour faire le RAI et de le qualifier? Quand puis-je faire la compilation dans la journée? Si nous ne pouvons pas

Disposez-vous de suffisamment de temps pour le faire? Si NON, cela peut-il entraîner une compilation incomplète/incorrecte de la MDS

85% ont répondu par l'affirmative: la première conséquence du manque de temps information incomplète dans le MDS. Si, par conséquent, la compilation est incomplète, il y a d'autres conséquences que nous vous demandons d'expliquer dans la question suivante.

En ce qui concerne votre réponse ci-dessus, quelles sont les conséquences concrètes qui peuvent résulter d'une compilation incomplète/incorrecte de la MDS?

Les réponses se concentrent toutes sur le fait qu'il existe une corrélation entre l'évaluation des besoins du patient et l'évaluation de ses besoins.

le calcul du quota: une évaluation incorrecte (ou incomplète) des besoins du patient entraîne nécessairement calcul incorrect (ou incomplet) du quota de personnel.

Les réponses à ces trois dernières questions montrent clairement que la majorité du personnel fait état de l'impossibilité de rédiger correctement le MDS et est consciente des graves conséquences que cela entraîne pour la qualité des soins et l'environnement de travail, comme l'ont également confirmé les personnes interrogées.

Pour recueillir ces données, la CMU peut bien comprendre le malaise humain, mais, sans données objectives, il devient difficile de justifier la demande délai supplémentaire pour la compilation. Il est clair que le RAI n'est pas un instrument complet et ne peut pas tout prendre en compte: les thérapies non pharmacologiques ne sont pas prises en compte par le RAI. Il est vrai aussi que dans les services protégés, le canton paie depuis quelques années 20 francs par jour de présence, même aux thérapeutes externes, pour les thérapies non pharmacologiques, les thérapies complémentaires, etc.



CONCLUSIONS

Les résultats de la première partie de l'enquête révèlent les graves conséquences d'une méconnaissance du fonctionnement de l'instrument RAI et de finalité, c'est-à-dire d'une compilation incorrecte ou partielle des données de l'enquête.

Conseil d'administration du MDS.

Ces lacunes sont en fin de compte la cause d'une évaluation erronée des besoins du patient et donc d' pondération erronée du contingent.

Une compilation incorrecte a également des conséquences sur le lien du personnel: un RUG trop bas ou trop haut ne permet pas de négocier des quotas.

Les résultats mettent en lumière les causes possibles des limitations qui sont apparues:

- la méconnaissance du fait que l'instrument est avant tout un outil clinique et non un outil de comptage du personnel;
- des lacunes dans la formation, tant à l'école que par la suite, et dans la prise de conscience de la priorité de cette formation.

est de la responsabilité de l'ACP, tandis que l'UMC ne fait que superviser l'exactitude des processus);

- manque de temps pour remplir le formulaire MDS;
- la complexité de l'instrument.

Voici quelques propositions qui ont vu le jour:

- une plus grande coordination au niveau de la formation;
- un nouveau système de SLD qui devrait alléger la charge administrative;
- une meilleure communication sur les modifications apportées à l'instrument;
- l'hypothèse de disposer de deux instruments, l'un pour l'aspect clinique (RAI) et l'autre pour la dotation en personnel.

Fabrizio Greco

"Il s'agit avant tout d'un manque de temps pour l'enregistrement et la documentation. Il est vrai que de nombreux comportements, qui génèrent un besoin de soins, ne peuvent pas être codés dans le RAI.

Stevens Cramer

"La conception n'est que cela. Les conséquences des discussions sur les cas peuvent être mises en mémoire tampon, mais il est nécessaire de repenser l'ensemble du système.

Anthea Gianora

"Les réponses sont vraies. À Tici- no, nous sommes nés avec le plan de soins. Le plan de soins ou le projet de thérapie revêt une grande importance. Impa-

Nous recueillons immédiatement des données, fixons des objectifs et des interventions thérapeutiques, puis nous les évaluons. Tout ce travail est documenté dans le dossier d'information sous la rubrique "Plan de soins". Mais ce n'est pas suffisant: pendant la période d'observation et d'évaluation pour la compilation du MDS, chaque intervention au cours du traitement doit être enregistrée. On se retrouve donc à devoir documenter des interventions déjà prévues dans les plans de soins, à créer des doublons pour les faire apparaître en cours de traitement.

Diego Lo Curto

"Tout est correct et tout est lié à l'aspect formation. Afin de compiler les cours, il est essentiel que le superviseur, au début de la période d'évaluation, indique aux soignants ce qui est important.

l'écriture. Un exemple lié aux résidents souffrant de troubles cognitifs: deux personnes sont souvent nécessaires pour un patient, car l'une exécute l'action prévue, tandis que l'autre agit en tant que soutien émotionnel, par exemple en distrayant ou en divertissant le patient afin de faciliter l'action de la première et, en même temps, d'assurer la sécurité du résident. Dans ces cas, il est souvent codifié à tort qu'il n'y a qu'un seul soignant, c'est-à-dire celui qui effectue l'action physique, alors qu'en réalité deux personnes sont nécessaires".

Paolo Pezzoli et Tiziana Urbani

"Si la question est de savoir si une plus grande reconnaissance peut garantir une meilleure qualité, la réponse est oui - parfois la RAI ne reconnaît pas certains éléments parce qu'elle en reconnaît d'autres à un niveau plus élevé.

PARTIE DEUX La RAI dans le travail quotidien

Dans la deuxième partie du questionnaire, nous demandons, d'une part, quelles sont les erreurs les plus fréquentes dans les décors et quelles peuvent en être les causes; d'autre part, nous demandons comment les décors devraient être pré-remplis (quelles données ne devraient pas être omises) afin que le RAI puisse être rempli correctement. Mais, comme le montreront les réponses, le remplissage correct du RAI n'est pas non plus la solution.

Savez-vous comment cela affecte la gestion et la qualité de votre travail?

Quelles sont les erreurs dans les procédures qui ne permettent pas de coder certaines interventions que vous rencontrez le plus souvent?

L'erreur la plus fréquente rencontrée par les personnes qui remplissent le RAI est caractère incomplet des données. En particulier, les soignants constatent que des actes qui se déroulent quotidiennement dans l'AVQ ne sont pas rapportés, que la description du patient est souvent superficielle ou que certaines activités sont documentées trop peu de fois et ne peuvent donc pas être codées. Et encore: ils se plaignent de l'imprécision et du manque d'informations nécessaires (en particulier lors du codage des AVQ). Il est

ne met en évidence que ce qui conduit à une intervention médicale ou à l'administration d'une thérapie. D'autre part, des informations peu utiles sont fournies, qui ne tiennent pas compte des points centraux MDS (par exemple l'indice ADL, l'état cognitif, les personnes impliquées), et des actes considérés comme acquis mais utiles aux fins de la compilation sont omis. Enfin, certains trouvent peu de précision, avec des termes qui s'apparentent mal à la terminologie du RAI. Nous nous demandons alors quelles pourraient être les raisons de ces erreurs (que nous résumons en trois points):

- le manque de temps pour observer la personne âgée en détail: certaines activités et certains comportements ne peuvent pas être enregistrés (ou ne peuvent pas l'être) pendant la période d'observation. Le personnel les connaît, mais ne les fait pas apparaître dans la compilation de MDS, pour certains d'entre eux;

Si une affection est classée au niveau 7, il est implicite que les niveaux inférieurs sont reconnus. Cependant, s'il y a des plaintes concernant la non-reconnaissance certains éléments en raison d'une compilation incorrecte, le problème se situe au niveau de l'organisation interne.

Daniele Stival

"On sait que le RAI n'est pas exactement adapté à tous les types de casuistique, comme la psychogériatrie. En ce qui concerne la casuistique en général, il est peut-être nécessaire d'améliorer l'intégration entre l'instrument qui enregistre les plans de soins et le RAI. En effet, le RAI ne prend pas en compte l'aspect relationnel de la LAMal. Dans le cadre de l'étude des thérapies non pharmacologiques, on évalue quelles sont celles qui ne sont pas prises en compte par le RAI, mais qui le sont.

Ces méthodes sont importantes parce qu'elles permettent d'améliorer les soins prodigués aux patients. Cela permet également de comprendre combien de personnel supplémentaire serait nécessaire par rapport au RAI lorsqu'une certaine méthode de soins est appliquée et mise en œuvre dans un service donné. Il est donc intéressant de savoir comment procéder, comment bien utiliser les ressources et combien donner et investir.

Nous savons que cette partie du travail humain existe et que nous devons la reconnaître. Nous voulons travailler sur la qualité dans un sens plus large que la seule dimension clinique, en incluant donc un concept de qualité de vie, d'autodétermination, etc. Nous devons aller dans cette direction, en étant conscients des défis liés à l'approche des soins et des membres de la famille.

Stevens Cramer

"Le RAI enregistre les prestations LAMal et non LAMal. Le suivi de la performance de chaque employé en distinguant les prestations LAMal et non LAMal permet de stratifier ce qui est couvert par le RAI et ce qui ne l'est pas".

- l'absence de prise de conscience du fait que l'absence de trans- Les événements ou comportements survenus au fil du temps entraînent alors un enregistrement incorrect ou incomplet du cas. Cette erreur, précisent certains, peut découler d'un manque de connaissance de l'instrument: on ne sait pas quelles sont les données nécessaires pour bien remplir un RAI, on ne précise pas les détails utiles pour le codage. Une conséquence possible, comme l'écrivent certains, est que la personne qui remplit le RAI finit par se fier à son intuition ou à son expérience personnelle avec la personne âgée, plutôt qu'aux données qu'elle reçoit;

- le manque de coordination, de transmission de l'information au sein de l'équipe. Souvent, on travaille dans des compartiments étanches, ce qui génère un manque d'information sur le déroulement de l'action, d'où un enregistrement insuffisant dans le RAI. Cela conduit à ce que trop de personnes soient impliquées dans le processus, en particulier dans l'enregistrement. Cela montre qu'il existe des différences dans la priorité accordée au RAI dans les différentes structures.

Le manque de temps, de formation et d'organisation, éléments déjà soulignés dans les premières questions et qui reviennent ici dans les réponses données par le personnel lui-même.

Quelles sont les données qui vous manquent dans les décrets pour remplir correctement le RAI ?

En d'autres termes, nous avons demandé quelles données sont omises et quelles données sont au contraire pertinentes pour une bonne compilation du RAI.

D'une manière générale, les réponses tournent autour:

- des données sur l'humeur, le comportement et les aspects cognitifs;
- le degré de dépendance dans les LDA;

- la description et les détails de la vie quotidienne tels que l'habillement, la toilette, les soins personnels;
- les ressources et les limites du patient, le temps nécessaire pour répondre aux besoins de la vie quotidienne et enfin les pathologies psychiatriques.

Fabrizio Greco

"On ne peut pas codifier la stimulation d'une personne. Exemple de l'hygiène au lavabo: je stimule l'utilisateur en lui donnant le temps de le faire. Mais je ne peux pas le coder. Le RAI pourrait être 3/2 ou 2/2 dans le LDA. Si je fais tout à la place, il devient 4/3 ou 3/3.

En ce qui concerne une opération sous-cutanée ou une stomie, il est juste qu'elle soit reconnue; il faut du temps même pour ces opérations et le point RAI ne devrait donc pas baisser du tout. Il est donc préférable de dire que j'obtiens la bonne reconnaissance avec une opération sous-cutanée et trop peu pour la stimulation.

Au départ, le RAI était un outil inconnu. Je pense par exemple formation, à l'autosoin, à l'ambu-

pour s'habiller, manger, etc. Dans le plan de soins, il y a un objectif de récupération de cette autonomie. Je peux le faire pendant six mois en le documentant, je peux peut-être le faire encore pendant six mois, mais cela suffit. Si j'atteins l'objectif, je passe alors au maintien, qui n'est reconnu que par certaines compagnies d'assurance maladie. Le maintien consiste à continuer à appliquer une action permettant au résident de conserver l'autonomie acquise (par exemple, pour la marche, il s'agit de continuer à faire des promenades avec lui). Si l'unité ne vous est pas accordée et que vous souhaitez maintenir l'objectif atteint, c'est la caisse d'assurance maladie qui doit trouver une ressource pour maintenir l'autonomie acquise. Selon la caisse d'assurance maladie, une fois objectif atteint, c'est à la maison de retraite

maintenir cette activité de la vie quotidienne. Il arrive donc que l'exercice quotidien ne soit plus documenté, mais que la marche se poursuive. La décision de faire ou de ne pas faire de l'exercice est prise par l'équipe (infirmières) lors de l'élaboration du plan de soins. Une fois celui-ci établi, le RAI commence. Ce refus nécessite que le personnel soit familiarisé avec l'instrument RAI. L'assurance maladie demande très souvent une justification approfondie de la demande de formation. Mais le grand problème est la non-reconnaissance de l'entretien.

Diego Lo Curto

"Tous les moyens de prévention/stimulation n'ont pas d'impact positif sur les groupes RUGS, bien au contraire.

Pour quelles actions prenez-vous plus de temps et pour lesquelles obtenez-vous un score plus élevé

les commentaires des personnes interrogées, notamment sur les lacunes de l'instrument dans l'enregistrement de certains actes, en particulier

Le travail relationnel anticipe ce qui ressort de la partie suivante de notre enquête. Si, d'une part, avec les questions précédentes, nous avons demandé si le personnel était mis en position de pouvoir compiler le RAI de la meilleure façon possible (s'il dispose des outils, du temps et des données nécessaires), d'autre part, nous demandons si les données fournies par le passé étaient

En cas d'accord global, vous obtiendrez un RAI qui reflète pleinement les bi-rêves du résident?

Pour l'enquête, nous avons identifié un certain nombre de domaines, signalés par les soignants eux-mêmes, afin de mettre en évidence la manière dont le agit sur eux.

Pour chaque situation de soins, nous avons prévu une double demande: d'une part, nous demandons si plus de temps est consacré à favoriser l'autonomie du résident (supervision) et, d'autre part, si plus de temps est consacré aux soins du résident.

D'une part, il s'agit du temps passé soit à le remplacer (en limitant effectivement son autonomie), soit à intervenir (de manière parentale ou en le nourrissant). autre part, nous demandons aux personnes qui remplissent le RAI comment l'instrument RAI les a aidées.

Le tableau ci-dessous précise la relation entre le temps passé en soins et l'impact sur le RAI.

	Vous mettez plus de temps à		Vous obtenez un score plus élevé pour	
	stimuler superviser prévenir	prendre en charge la gestion	stimuler superviser prévenir	remplacer intervenir gérer
Stimulation	96%	4%	34%	66%
Surveillance	88%	12%	24%	76%
Déshydratation	87%	13%	22%	78%
Malnutrition	82%	18%	22%	78%
Problèmes de comportement	48%	52%	30%	70%

souvent pénalisés. Lorsque l'on travaille avec l'objectif de prévenir la dégradation physique des résidents, la solution pourrait être de collaborer avec le kinésithérapeute/ergothérapeute afin d'atteindre la qualité - les groupes R (Réhabilitation) ont en effet un niveau élevé de minutes de soins. Cela est en partie au kinésithérapeute qui, en tant que ressource interne (1,7 unité/100 pl), peut être employé pour acquérir les minutes de soins manquantes afin d'améliorer la qualité des soins.

Anthea Gianora

"Dans la pratique, les temps ne correspondent pas. On reconnaît un temps plus important pour l'hygiène d'une personne alitée que pour une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Ce concept dans la pratique clinique est controversé, les

Le résident atteint de démence est encore capable d'effectuer de nombreuses activités de manière autonome s'il est stimulé, mais cela a un impact sur l'évaluation. S'il est stimulé et autonome, "j'ai droit" à moins de temps pour l'aider. Cela peut malheureusement conduire le relais du résident et à l'assister pleinement dans les soins par manque de temps. Ce type de soins entraîne malheureusement une conséquence majeure: une dépendance accrue du résident. Dans le contexte de la démence, nous savons que si les résidents ne maintiennent pas leurs ressources formées, ils les perdent progressivement, créant ainsi une plus grande dépendance à l'égard de nos interventions de soins. À l'école, nous naissons avec la culture de maintenir les ressources résiduelles des personnes dont nous nous occupons, mais le RAI ne maintient pas cette culture de travail.

Giovanni Marvin et Andreja Rezzonico

"Ces données sont une preuve supplémentaire de l'écart qui existe entre le RAI utilisé comme instrument clinique et le RAI utilisé comme instrument économique. Si je considère la question de la malnutrition, l'instrument mesure le degré de dépendance de la personne d'un point de vue clinique et médical. Si je dois intervenir avec une sonde, je fais des actes techniques d'une certaine importance et qui demandent un effort particulier. Si, en revanche, je dois nourrir ou stimuler la personne pour qu'elle s'alimente, ce n'est pas cliniquement exigeant, mais c'est exigeant en termes de soins. Or, l'assurance maladie mesure l'aspect clinique, pas l'aspect soins. Nous en revenons donc à la question de savoir s'il ne vaudrait pas la peine d'avoir deux instruments. Par ailleurs, nous devrions également nous demander s'il est possible d'adapter l'instrument existant.

l'activité individuelle, en termes de notation.

Il est intéressant de noter que, bien que le temps consacré par les soignants soit plus important lorsqu'ils s'engagent à favoriser l'autonomie du résident, il n'y a pas de reconnaissance adéquate dans le RAI: le score obtenu au moment du codage est plus important lorsque le soignant remplace ou intervient, limitant de fait l'autonomie du résident. Qui reconnaît adéquatement tout le temps consacré aux soins? Mais laissons la parole aux soignants eux-mêmes, non sans frustration:

Observations générales

"L'addiction est plus importante, votre engagement n'est pas valorisé.

"Certains résidents sont capables d'effectuer des tâches de manière indépendante, mais à leur rythme. Souvent, ces horaires sont difficiles à respecter en raison de la charge de travail et, par conséquent, nous avons parfois tendance à prendre le relais et à effectuer les activités nous-mêmes".

"Dans le système RAI, il est établi que plus le degré de dépendance physique est élevé, plus le score est important. Les résidents souffrant de troubles cognitifs sévères, qui doivent être constamment pris en charge par des soignants, mais qui se lèvent, se réveillent, etc.

occupent l'aidant beaucoup plus longtemps, mais ont un degré de dépendance plus faible, selon le système RAI.

"L'indice ADL génère beaucoup de points s'il est évalué pour remplacer le résident, il n'invite donc pas à la stimulation, mais au remplacement.

Commentaires sur la déshydratation

"Il est plus rentable d'administrer un produit SC (sous-cutané) que l'on met en place et de faire autre chose que de s'hydrater par la bouche, ce qui prend beaucoup de temps".

Commentaires sur l'escalade des problèmes de comportement

"Souvent, les troubles du comportement sont pris en charge par un traitement médicamenteux et on n'investit pas dans les aspects fondamentaux de prévention (faire marcher le bon nombre d'heures, faire participer aux , exiger une participation active aux B-ADL, offrir repos court et sain au lit déjeuner) parce que cela nécessite de nombreux soignants.

passer de la quantification clinique à la quantification des soins. L'instrument utilisé comme orientation économique présente le problème de conduire à une médicalisation plus importante. Il est évident que l'instrument n'est donc pas adapté à l'étude de la partie assistentielle.

Fabrizio Greco

"En général, pansements complexes permettent une inscription élevée au RUG. Pour les plaies, le niveau de reconnaissance n'est pas toujours adéquat. La prévention des chutes n'est pas une mince affaire. Le travail ce type de projet est très exigeant. De nombreuses personnes doivent être impliquées, le travail est de 24 heures. Il est clair que les réponses varient fortement en fonction de l'approche.

adoptés par l'ACP : dans certains cas, l'accent est mis sur la prévention, dans d'autres sur la démonstration. Cela dépend également de la logistique du CPA.

Diego Lo Curto

"Pour les plaies et les chutes, nous revenons au concept de prévention en collaboration avec la physiothérapie et l'ergothérapie: en augmentant la physiothérapie et l'entraînement, vous renforcez les muscles et la circulation sanguine. Pour les personnes ayant des problèmes de comportement, les minutes de soins déjà reconnues dans l'évaluation MDS pourraient être augmentées à un groupe plus élevé. Plus de soins pour l'ensemble du service. Nous abordons ici un sujet supplémentaire, celui de la pharmacothérapie: si vous souhaitez appliquer des thérapies non pharmacologiques

qu'il faut plus de ressources, c'est-à-dire plus de temps pour le traitement. Lorsque cela n'est pas possible, on a recours à la thérapie pharmacologique. Même avec P2d (structure journalière), il n'est pas possible d'obtenir des minutes de soins adéquates. Le nouveau projet de grade MIX devrait tenir compte de la complexité du cas individuel et considérer non seulement la partie technique, mais aussi la complexité de la situation globale, y compris la gestion des membres de la famille.

Paolo Pezzoli et Tiziana Urbani

"Le paradigme selon lequel plus de RAI équivaut à une meilleure qualité de soins est erroné. Il y a un risque que les établissements augmentent le nombre de fie- bo simplement pour augmenter leur RAI. Notre coefficient est de 1,12, mais il y a

Ce paradoxe entre le temps nécessaire au maintien des ressources résiduelles du patient et leur non-reconnaissance est bien illustré dans l'annexe où nous présentons une comparaison de deux cas d'école à partir de cas réels de CPA.

Non seulement certaines actions sont mal notées, mais d'autres ne sont même pas prises en compte par l'outil.

Le tableau de cette page met en évidence une dichotomie

entre, d'une part, des actions réalisées de manière répétée par les soignants sur les patients, et qui s'avèrent indispensables à une bonne prise en charge, et, d'autre part, une reconnaissance insuffisante, voire inexistante, dans le RAI. Nous mentionnons en particulier trois aspects:

- escarres: les réponses dépendent de l'histoire du cas des personnes interrogées, mais la plupart d'entre elles font état d'un engagement d'environ 10 à 15 minutes toutes les 2 heures. Les réponses soulignent néanmoins qu'il s'agit d'une tâche très importante et que, si nécessaire, il est possible d'effectuer des soins sur place.

	Vous êtes confronté à		Vous pouvez coder		Des notes pertinentes sont obtenues		Cause de la détresse en %		
	SI	NON	SI	NON	SI	NON	petit	moyen	donc
Escarres	*voir commentaires		76%	24%	46%	54%	/	/	/
Chutes	*voir commentaires		58%	42%	26%	74%	5%	29%	66%
Escalade des problèmes de comportement	*voir tableau page 35						6%	14%	80%
Psychogériatrie	95%	5%	19%	81%	/	/	4%	14%	82%
Sollicitation (cloche)	/	/	7%	93%	/	/	13%	18%	69%

des réalités où les valeurs sont beaucoup plus élevées. L'utilisation de perfusions pour augmenter le score est un problème réel qui pousse certains établissements à cette pratique, qui exige honnêteté et professionnalisme. Le RAI est un instrument imposé d'en haut et sert d'outil administratif pour le personnel soignant. En Italie, par exemple, il s'appelle PAI et n'a pas le même impact sur le personnel qu'en Suisse. Dans les établissements LIS, le RAI est principalement lié à la planification des soins et plus aux soins effectifs qu'au nombre de personnel".

Anthea Gianora

"Malheureusement, le RAI ne récompense pas le travail maintenir l'autonomie,

il s'agit alors d'un cercle vicieux. Il est absurde de constater que la qualité des soins est meilleure lorsque le score RAI est faible. Souvent, s'il est bas, c'est qu'il y a une tendance à intervenir dans des domaines de prévention et de bons soins que le RAI n'enregistre pas".

Daniele Stival

"Avec la mise à jour du RAI, les RUGS SE2 et SE3 ont été corrigés. Il a été révisé. Il y a un besoin d'amélioration continue des soins et de la qualité de vie. Très concrètement, le RAI est un instrument reconnu qui garantit la pérennité du système actuel, mais il n'est pas le seul élément dans contexte très complexe.

à répéter quotidiennement et de manière répétée. Si pour 76% des répondants il est possible de codifier la prévention des, 54% considèrent cependant que le score généré est insuffisant par rapport à l'engagement requis.

- Chutes: 57 % ont répondu que le RAI permet de coder la prévention des chutes. Cependant, 74 % ont répondu que cela n'affectait pas le score RAI. Les commentaires montrent que la prévention des chutes nécessite une attention particulière de la part des soignants. Un investissement en temps qui ne serait pas pris en compte de manière adéquate par l'instrument RAI. En outre, 66 % des personnes interrogées ont déclaré que le fait d'empêcher un résident de tomber provoque une grande détresse.
- Escalade des troubles du comportement: 52% déclarent qu'il leur faut plus de temps pour gérer la manifestation de ces troubles que pour les prévenir. L'impact sur le RAI, 71% déclarent qu'ils obtiennent plus de résultats dans la gestion de la manifestation du trouble du comportement que dans sa prévention.

Là encore, les commentaires indiquent que la prévention ne peut être codifiée, alors que la manifestation peut l'être. Enfin 80% des répondants ajoutent que le niveau de détresse généré est très élevé.

Les résultats et les commentaires montrent donc que l'instrument RAI réagit davantage là où, ne reconnaissant pas tout le travail effectué pour éviter qu'il ne se produise, pour n'en citer que quelques-uns :

"Le système récompense les interventions visant à guérir un problème, mais ne récompense pas les efforts visant à prévenir un problème;

peu de reconnaissance de la prévention et du temps nécessaire à sa mise en œuvre";

[en cas d'].

"Il est codé lorsqu'il y a un décubitus et la prévention n'est pas calculée. Le score augmente s'il y a déjà un décubitus".

Paolo Pezzoli et Tiziana Urbani

"Il est vrai que, par rapport à la psychiatrie, un instrument plus performant pourrait être développé. Il est crucial de maintenir un travail varié pour les soignants, y compris soins aux patients sédatisés et alités, ainsi qu'aux résidents ayant des besoins complexes. Un suivi régulier de la santé des employés est essentiel. Le fameux PD2 du RAI n'est pas efficace. Il offre la possibilité d'un programme personnalisé, semblable à une formation, avec le risque qu'un programme soit imposé à l'invité afin d'être reconnu. Cependant, dans la réalité, cela ne fonctionne pas car cela se transforme en un programme quotidien rigide auquel l'invité ne veut souvent pas participer. Il est nécessaire de reconnaître les pratiques existantes, comme les rituels quotidiens, qui sont tout aussi exigeants, personnalisés et partagés avec le résident.

Stevens Cramer

"Il est nécessaire de disposer de ressources adéquates et d'accorder plus d'attention à la qualité de vie dans les établissements. De nombreux résidents des CPA souffrent de troubles cognitifs ou psychogériatriques qui ne sont pas suffisamment reconnus par le système RAI, ce qui peut conduire à une sous-allocation des ressources par rapport aux besoins réels, en particulier dans les établissements dotés de services dédiés à ces troubles. Le personnel des structures est très compétent tant sur le plan technique que relationnel, mais on peut se demander combien de temps il sera possible de pallier les carences systémiques par le seul dévouement du personnel, compte tenu des changements en cours et de l'attractivité des professions de santé.

Anthea Gianora

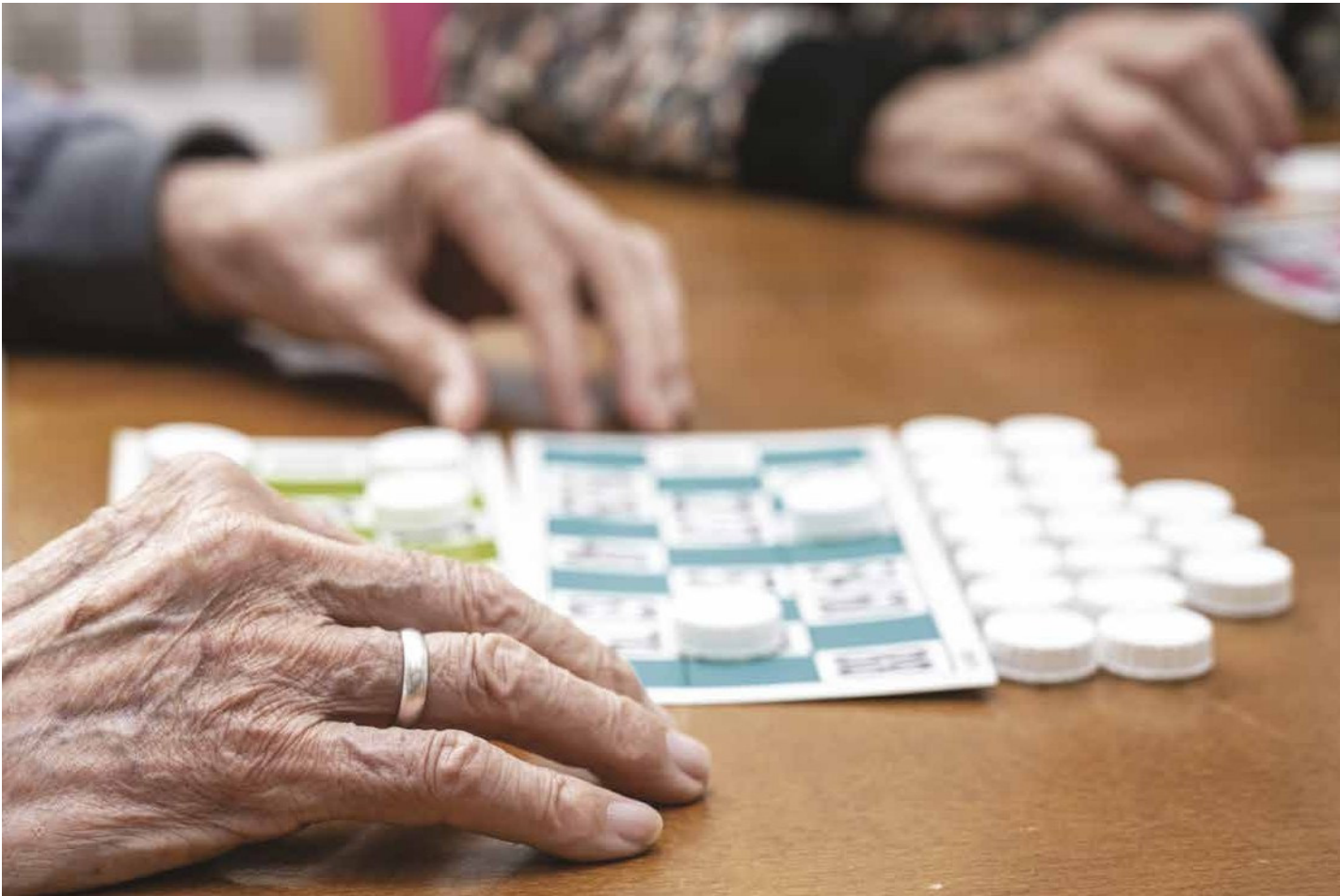
"La structure journalière (PD2) est absurde : elle ne fait que générer des problèmes. Elle n'est pas adaptée aux résidents des CPA. Programmer chaque moment de la journée d'un résident est irréalisable. S'il est vrai que les CPA doivent être rapprochés d'un lieu de vie, il est impensable d'agir de la sorte, on risque de piétiner l'autodétermination. Je pense qu'il est impensable pour chacun d'entre nous de planifier exactement l'activité que je ferai demain de 8h00 à 9h00, vendredi de 16h00 à 17h00 et ainsi de suite pendant 10 heures par jour tous les jours. Cette structure est tellement rigide que si vous établissez un programme et que le résident ne fait pas l'activité prévue, vous devez consigner le pourquoi et le comment, sans parler de la charge bureaucratique.

Il en va de même pour la gestion des résidents psychogériatriques: pas moins de 95 % déclarent être confrontés à des résidents psychogériatriques et que cette gestion génère un niveau de détresse assez élevé (82 % des répondants), alors que les manifestations des maladies psychogériatriques dans le RAI ne peuvent pas être codées de manière adéquate (81 % déclarent), comme le montrent ces deux commentaires :

"C'est l'une des principales limites du RAI. Nous consacrons beaucoup de temps à cette activité, même dans le cadre des soins individuels, et nous ne pouvons pas le prouver. En effet, pour le prouver, il faudrait remplir de nombreux formulaires, ce qui prendrait du temps que nous devrions soustraire aux soins sans avoir de retour en termes de personnel soignant";

"La RAI, telle qu'elle est structurée actuellement, vous donne la possibilité de mettre en évidence uniquement l'effort physique dont une personne a besoin. Mais l'effort psychologique? Vous devriez avoir la possibilité d'exprimer le besoin d'une personne qui est autosuffisante, mais qui a besoin d'une aide pour la partie psychologique.





Autre facteur de stress: la sollicitation fréquente de l'(par exemple, sonnerie), comme l'indiquent 69% des personnes interrogées. Or, dans le RAI, le temps passé à répondre aux nombreux rappels n'est pas quantifiable (93%). Nous rapportons trois commentaires à ce sujet:

Il y a des résidents autonomes, mais ils prennent plus de temps et de ressources parce qu'ils ont beaucoup de demandes"; "certains soins directs tels que l'attention fréquente, la surveillance constante, les appels ne sont pas codifiables bien qu'ils prennent beaucoup de temps".

Toutes les réponses à la PARTIE 2 mettent en évidence le fait que le RAI ne réagit pas aux différentes activités de la vie.

Les dysfonctionnements de la qualité de vie sont liés à des troubles de la vie quotidienne (AVQ) ou à certains comportements (troubles cognitifs, comportementaux, troubles de l'humeur) du résident, qui nécessitent cependant une meilleure reconnaissance car ils sont de facto pris en charge par les employés. C'est là que se concentre le dysfonctionnement de la qualité de vie du résident.

La qualité des soins et, par conséquent, la qualité des conditions de travail des employés des CPA.

Enfin, nous voulons savoir combien de temps est consacré à tout ce travail "en coulisses":

- la rédaction de la documentation: 80% déclarent être impliqués dans la rédaction de cette documentation et soulignent qu'en moyenne, par jour, le temps consacré à cette tâche est compris entre 30 et 60 minutes, sans qu'elle puisse être codifiée (86% déclarent).

	Vous êtes confronté à		Vous pouvez coder	
	SI	NON	SI	NON
la rédaction de documents	80%	20%	13%	86%
discussion de cas cliniques	70%	30%	10%	90%
discussions cliniques	63%	37%	13%	87%
conférence des familles	28%	72%	10%	90%

Diego Lo Curto

"Les conférences familiales doivent être reconnues non seulement pour le temps qu'elles prennent, mais aussi pour leur gestion souvent complexe. Face à deux résidents qui ont la même pathologie et qui ne nécessitent pas forcément une prise en charge particulière, l'aspect émotionnel des membres de la famille fait la différence. Face au même problème, je peux avoir affaire à des membres de la famille qui respectent le plan de soins ou, au contraire, à des membres de la famille qui ont besoin d'un soutien émotionnel important, car ils sont toujours critiques à l'égard des soins prodigués et conflit avec équipe. Même dynamique et même problème, mais complexité accrue. Et cette dynamique crée inévitablement plus de stress émotionnel pour le patient.

et du temps à consacrer au soutien des membres de la famille et du résident. Raison de plus pour que ce temps soit reconnu.

- Discussion du cas clinique: 70% déclarent participer à la discussion et précisent que le temps nécessaire à cet exercice s'élève en moyenne à environ 30 minutes, bien qu'ils prévoient que le temps varie fortement en fonction du cas, sans qu'il soit possible de le codifier (90% déclarent).
- participer à la discussion clinique: 63% déclarent participer à la discussion clinique, commentant que le temps nécessaire à cet exercice s'élève à environ 30 minutes, précisant toutefois que le temps varie fortement en fonction du cas, temps, , non codifié (87% déclarent).
- la conférence de famille: 72% déclarent réaliser cet exercice, en précisant que le temps nécessaire à la cette tâche varie entre 30 et 60 minutes avec de fortes variations selon les cas, sans qu'il soit possible de le codifier (90% déclarent). Nous ajouterons que les commentaires montrent combien " *il est essentiel de faire des conférences familiales, d'impliquer la famille dans la prise en charge de son proche et de parler à tous les acteurs du réseau afin d'avoir un objectif commun* ".



Stevens Crameri

"En général, la planification, l'organisation et le contrôle sont en place, mais certains des outils et des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs manquent. Il faut disposer de suffisamment de temps et de ressources pour ce qui sera un long voyage afin de relever les nouveaux défis à venir, qui doivent prendre en compte de nombreux facteurs socio-économiques.

À ce stade du questionnaire, modifierais-tu ou ajouterais-tu quelque chose à la question de la partie 1 "sais-tu comment cela affecte la gestion et la qualité de ton travail?"

Des réponses révèlent ce qui suit:

- le RAI n'est pas un instrument adéquat pour évaluer le temps nécessaire à la gestion quotidienne des résidents;
 - le temps consacré à l'élaboration du RAI est nettement insuffisant;
 - Il y a un manque de codifications appropriées pour les différentes tâches qui sont cruciales pour les CPA aujourd'hui,
- maintenir les ressources des personnes âgées et prendre en compte la charge de travail actuelle;
- D'autres outils sont nécessaires à côté du RAI pour un calcul correct des effectifs. Le RAI doit être actualisé afin de mieux prendre en compte le temps nécessaire à la gestion quotidienne des résidents et à la relation avec eux (écoute et réconfort).

Les principes qui inspirent la nouvelle planification LANZ et LACD sont fondés sur les droits « à la dignité, au bien-être physique et mental, à la liberté et à la sécurité, à l'autodétermination et à des soins appropriés et de haute qualité ». Selon vous, l'outil RAI-NH et les résultats qu'il produit en termes de dotation en personnel sont-ils conformes à ces droits ?

83% déclarent que l'instrument n'est pas conforme aux principes promus dans le cadre de la planification et de la gestion des ressources humaines.

commentaires (nous en citons quelques-uns):

Souvent, malheureusement, par manque de temps, la relation "profonde" fait défaut, les soins de base sont garantis et sont

également de qualité. Mais c'est peut-être toute la sphère mentale des, des réconforts, ... qui est négligée". Lorsqu'une personne âgée entre dans une maison de retraite, elle a tendance à perdre son autonomie parce qu'il n'y a pas assez de personnel pour l'assister le temps nécessaire", "s'il faut préparer le petit déjeuner de 18 patients en deux heures le matin, il devient difficile de maintenir des soins de qualité ou le bien-être et la dignité".



CONCLUSIONS

Les résultats de la deuxième partie de l'enquête montrent que l'instrument n'est pas suffisant

La prise en charge de la partie soins du travail de soins est en totale contradiction avec les principes de la nouvelle planification LANZ LACD, à savoir les droits "dignité, au bien-être physique et mental, à la liberté et à la sécurité, à l'autodétermination et à des soins appropriés et de haute".

L'instrument ne reflète pas non plus les besoins en matière de soins, en particulier les cas futurs attendus (démence, psychogériatrie...).

En résumé, l'instrument ne permet pas à la véritable pratique clinique quotidienne des praticiens d'émerger et d'être valorisée. Cela génère de la frustration car les bons soins ne sont pas valorisés, ce qui conduit au stress et à la surcharge, à la pénurie de personnel et, finalement l'abandon de la profession.

Les résultats mettent en lumière les causes possibles des limitations qui sont apparues. Le RAI a été créé en tant qu'outil clinique, avec une base scientifique, et l'interlocuteur principal est l'assurance maladie. C'est la raison pour laquelle l'engagement exigé des soignants par les compagnies d'assurance maladie n'a pas été respecté.

L'engagement des soignants, d'un point de vue clinique, est reconnu à sa juste valeur en termes de score dans le RAI. Il n'en va pas de même pour l'engagement des soignants du point de vue des soins, qui n'est pas reconnu à sa juste valeur.

Voici quelques propositions qui ont vu le jour:

- on pourrait envisager de séparer les deux instruments, c'est-à-dire d'utiliser le RAI pour l'aspect clinique et de développer un autre instrument pour le personnel (Giovanni Marvin ;
- Évaluer ce que signifie faire des thérapies non pharmacologiques en comprenant ce qui n'est pas pris en compte par le RAI mais qui conduit à une meilleure prise en charge des patients (Daniele Stival).



QUESTION

Dans quelle mesure vous sentez-vous prêt à gérer/soigner les maladies/types de résidents suivants?

	petit	moyen	très
La maladie d'Alzheimer	18%	33%	49%
les maladies psychiatriques	50%	32%	18%
toxicomanie	66%	25%	9%
l'âge d'entrée dans la CPA est bas	16%	38%	46%
des personnes de plus en plus seules et isolées	12%	35%	53%
les personnes ayant principalement des liens extra-familiaux	22%	37%	41%
des personnes plus préparées et plus actives	28%	37%	35%



TROISIÈME PARTIE

La réponse aux besoins actuels et futurs est-elle adéquate?

En partant de la nouvelle planification du LACD de LAnz et du premier principe cardinal sur lequel les choix de planification sont basés, à savoir l'orientation vers l'utilisateur, nous voulons, dans cette dernière section, mieux comprendre les défis auxquels les soignants sont ou seront confrontés dans le cadre des soins et de la prise en charge des résidents. En outre, nous souhaitons également mettre en lumière les besoins des aidants, du point de vue de leur préparation/formation: sont-ils prêts à s'occuper de la personne âgée de demain? De quelle formation (dans tous les domaines) auront-ils besoin pour offrir des soins de qualité face aux nouveaux problèmes des résidents?

Nous présentons les résultats dans le tableau ci-contre.

En ce qui concerne la gestion/soins des maladies, il apparaît que les maladies psychiatriques et les maladies liées à la toxicomanie sont celles pour lesquelles le personnel a le plus besoin de formation et de connaissances: seuls 19% se sentent préparés à soigner les personnes âgées souffrant de maladies psychiatriques, et seuls 9% se déclarent prêts à gérer et à soigner les personnes âgées.

celles qui sont touchées par toxicomanie. Pourtant, de plus en plus de personnes âgées entrant en CPA souffrent de tels troubles, comme le prétendent certains soignants:

"Des cours de psychogériatrie sont nécessaires! Je ne sais rien des. En ce qui concerne les démences, je ne cesse de m'agiter.

"J'aimerais pouvoir participer aux formations parce que ces thématiques sont l'avenir.

"Beaucoup utilisent les réseaux sociaux et l'internet... nous serons de plus en plus confrontés à des résidents qui se documentent eux-mêmes et qui participeront activement au processus de soins.

C'est à la lumière de ces réponses que nous avons voulu enquêter sur la formation continue proposée dans les structures en demandant aux accueillants s'ils sont impliqués par leur employeur dans la planification de la formation et s'ils se sont déjà vu proposer une formation. A la question de savoir si des formations personnalisées sont proposées, seule la moitié (44%) l'a confirmé.

Diego Lo Curto

"Nous ne sommes pas suffisamment formés pour prendre en charge les patients souffrant de troubles du comportement liés à des problèmes psychiatriques, et encore moins ceux liés à des addictions, car nous avons jusqu'à présent été peu confrontés à cette problématique. côté de la formation, la SUPSI est consciente de cette lacune, c'est pourquoi de nouvelles formations sont créées en lien avec ces troubles du comportement. Le problème se pose toutefois au niveau de l'Antenne, qui ne prend pas en considération

la possibilité de financer séparément le chiffre de l'infirmier spécialisé (spécialiste clinique). En effet, ce chiffre est actuellement inclus dans le quota de base. Il en va de même pour le spécialiste clinique en gériatrie: il en faut un par établissement, mais il n'est pas autorisé à quitter le service pour s'occuper de tous les cas qui requièrent son attention dans l'établissement, à moins qu'il ne le fasse aux frais de l'établissement.

Pensez-vous avoir besoin de plus de formation pour répondre aux besoins des résidents?

À cette question 75% ont répondu par l'affirmative et ont précisé dans quels domaines: Psychogériatrie, Alzheimer,

Soins palliatifs, toxicomanie, communication.

Les personnes âgées d'aujourd'hui et de demain ont de nouveaux besoins,

à laquelle la plupart des aidants n'ont pas l'impression de répondre de manière adéquate, comme le montrent les résultats des quatre dernières études de cas. C'est ce sentiment d'inadéquation, exprimé par la plupart d'entre eux, qui nous a incités à leur poser deux questions.

Vous sentez-vous satisfait de votre travail à la fin de la journée?

Avez-vous le sentiment d'avoir répondu comme vous l'auriez souhaité aux besoins du résident?

Les réponses à cette question ouvrent la voie à un double scénario : un peu plus de la moitié (55 %) déclare vouloir continuer à exercer la profession et explique que les raisons sont liées à la passion pour ce travail et à la satisfaction et gratification personnelle qui en découlent. Les 44 % restants déclarent cependant que la motivation idéale pour ce métier ne suffit plus à alimenter la raison de poursuivre, en raison du niveau élevé de stress et de l'usure physique et psychologique auxquels ils sont soumis. Nous avons ensuite approfondi ces données collectées en isolant les tranches d'âge et les années

travaillées dans le secteur pour comprendre si l'abandon de la profession était lié à une usure physique due à l'âge ou autre chose. Il est intéressant de noter ce qui suit : dans la tranche d'âge des 20-30 ans, parmi les jeunes : la moitié déclare vouloir continuer, en raison de la passion pour ce travail, mais l'autre moitié déclare avoir été déçue dans ses attentes ou avoir une charge psychophysique insoutenable. Si nous prenons plutôt la tranche d'âge de ceux qui travaillent depuis

plus de 30 ans dans l'industrie: là aussi, la moitié déclare vouloir , avoir une forte motivation, mais 'autre moitié, pour des raisons de santé et de surcharge de travail, déclare ne plus pouvoir continuer. On peut déduire de ces observations que l'abandon de la profession n'est pas seulement lié à des raisons de santé, mais aussi à une certaine déception des attentes. On ne s'explique pas pourquoi la moitié de ceux qui travaillent depuis peu et qui sont plus jeunes veulent partir et, à l'inverse, la moitié de ceux qui travaillent depuis plus de 30 ans veulent continuer. Toutefois, il convient de souligner, en positif, que la grande proportion (55 %) des soignants qui ont l'intention de continuer à exercer cette profession parviennent à mettre leur passion en avant, malgré toutes les difficultés et les problèmes critiques rencontrés, comme le confirme également Anthea Gianora:

"Il est agréable de constater que le personnel est conscient que certaines de nos interventions, les plus fines et les plus aimantes, sont faites pour le bien de la personne. Même si cela n'est pas reconnu par le RAI, les maisons de retraite et les bailleurs de fonds".

Et c'est précisément pour soutenir la volonté des soignants d'offrir des soins de plus en plus de qualité que notre syndicat a décidé de réaliser cette enquête, qui a été appréciée par la majorité des répondants, comme le montrent les réponses aux deux dernières questions:

"Enfin quelqu'un qui s'intéresse au problème en posant des questions sur le RAI et en essayant de mettre en évidence les limites de cet instrument"; "Des idées claires avec de bonnes initiatives, du concret et de la compréhension"; "Prose- guise avec ces enquêtes, merci".

Mais outre l'appréciation beaucoup, les attentes sont élevées : voici quelques commentaires à la question finale "Qu'attendez-vous de votre syndicat? »

pour "corriger" le RAI. Merci d'avoir essayé!"; "c'est exactement ce qu'ils font";

"pour que la RAI change en";

"qui peut réellement, après la pandémie et compte tenu de toutes les limites, se faire entendre de la classe politique afin d'améliorer les conditions de travail

dans le sanitaire parce que nous le méritons tous et que tôt ou tard nous en aurons tous besoin. Ce que l'on cultive aujourd'hui, on le retrouvera quand on en aura besoin. Il est juste que nous le retrouvions dans le fil de la vie, surtout si nous nous trouvons dans le besoin des autres;

Un soutien, pour assurer la dignité et la sérénité de tous les travailleurs de notre secteur. Vous avez laissé passer trop d'années pendant lesquelles nous avons été maltraités par ce système RAI; mais mieux vaut tard que jamais";

"J'espère sincèrement que nous pourrons faire comprendre au canton pour la clé de répartition, mais aussi aux caisses maladie, que la prise en charge d'un patient gériatrique aujourd'hui n'est absolument pas la même qu'il y a 20 ans. Nous avons besoin de formation continue afin d'avoir un personnel formé et qualitativement prêt à faire face à la charge de travail des patients du CPA";

"J'espère qu'il sera clairement expliqué aux responsables que la prise en charge des personnes (âgées ou non) ne peut se fonder uniquement sur des motifs économiques. Actuellement, dans le RAI, seuls les besoins physiques sont codifiés et les besoins spirituels et psychologiques ne sont pas pris en compte, ce qui est une erreur. Il faut du temps pour fournir des soins de qualité et complets";

"Cela nous aide à comprendre comment le RAI n'est pas en mesure de quantifier les besoins de nos départements;

"Que nous puissions vraiment exprimer les difficultés que nous vivons dans ces années et que nous puissions faire notre travail en donnant de la dignité, mais aussi en la prouvant. Nous sommes toujours plus nombreux à assurer les gardes pour faire croire à tout le monde qu'apparemment tout va bien".

CONCLUSIONS

Les résultats de la troisième partie de l'enquête montrent que les aidants ne se sentent pas préparés à s'occuper de manière adéquate des personnes âgées souffrant de maladies mentales.

triche ou de toxicomanie.

existe également des lacunes en matière de formation continue: moins de la moitié des personnes interrogées bénéficient d'une formation personnalisée.

En ce qui concerne le phénomène de l'abandon de la profession, les jeunes montrent une déception des attentes dans le passage de l'école au travail. En général, un sur deux déclare ne pas vouloir continuer (quel que soit l'âge) en raison des contraintes psychologiques et physiques, de l'usure physique et du stress.

Voici quelques propositions qui ont vu le jour:

- accroître la formation dans les domaines suivants: , Alzheimer, soins palliatifs, toxicomanie, communication ;
- offrir davantage de soutien psychophysique afin d'éviter l'abandon de la profession;
- offrir davantage de soutien en matière de formation et de perspectives de carrière individuelles;
- Reconsidérer le rôle du responsable de la formation CPA, en évaluant et en contrôlant le placement des stagiaires CPA.



ANNEXE

Comparaison de deux cas d'école cas réels de CPA.

Dans ce chapitre, nous présentons deux études de cas de patients admis dans des CPA et illustrons comment le RAI réagit en répondant aux besoins de chacun d'entre eux. En particulier, nous considérons, d'une part, un patient qui souffre de troubles mentaux, mais qui est complètement autonome en termes de capacités fonctionnelles, et, d'autre part, un patient qui ne souffre d'aucun trouble mental, mais qui est physiquement handicapé au maximum.

Les limites du RAI sont particulièrement évidentes dans les cas psychiques où les soins physiques sont minimes, mais où les soins 24 heures sur 24 sont extrêmement exigeants pour le personnel: il s'agit d'hôtes très exigeants, souvent très agités, dont la journée doit être organisée dans les moindres détails.

Or, dans ces cas, le codage est extrêmement faible ou limité: dans le RAI, il n'est pas possible de coder la demande d'attention de ces hôtes et la déficience

cognitif n'apparaît que partiellement. Par exemple, les indications de délire, de perte périodique de la pensée ou de la perception peuvent être codées (dans la section B: capacités cognitives), mais ne sont pas pertinentes en termes de score RUG.

En général, il est possible de coder si la personne est physiquement autonome, mais a des problèmes mentaux/cognitifs, mais cela ne pèse pas sur le niveau des groupes de ressources ISO. Or, les cas psychiatriques sont en forte augmentation, de plus, le patient psychiatrique entre en CPA de plus en plus jeune et est donc beaucoup plus dynamique physiquement.

En revanche, un patient atteint, par exemple, d'Alzheimer, qui est alité, qui ne parle pas, qui n'exprime pas ses besoins, nécessite une charge de travail, mais inférieure à celle requise par les cas psychiques, et pourtant le score final qui ressort des deux cas a un poids extrêmement différent.

Exemple 1:

Il s'agit d'un jeune patient, entré au CPA pour des problèmes mentaux, en bonne condition physique

qui nécessite donc une aide minimale pour les soins de base. Sur le plan moteur, elle est capable de tout faire. Pourtant, le soignant lui consacre beaucoup de temps tout au long de la journée: il doit d'abord faire preuve d'empathie à son égard, puis la stimuler et la guider en permanence. Au cours de la journée, elle demande souvent de l'attention, par exemple, elle appelle une demi-heure plus tôt pour la thérapie et si elle n'est pas écoutée, elle appelle et crie.

Par conséquent, sa journée doit être organisée en détail, mais il y a toujours des moments où elle est agitée et il faut donc une personne dévouée pour l'emmener en promenade et l'occuper avec de multiples activités afin qu'elle ne se fatigue pas. En ce qui concerne les nuits, elle dort 5 à 6 heures certaines nuits, tandis que d'autres nuits, bien qu'elle prenne la réserve, elle se réveille et a besoin de plus de thérapie, ce qui ne peut pas être fait si le seuil de médication a déjà été dépassé, ce qui provoquerait une agitation supplémentaire. La nuit, cependant, ne peut pas être encodée dans le RAI. En résumé, pour maintenir ses capacités résiduellestravail et l'engagement sont énormes.

Au niveau du codage, en ce qui concerne les troubles du comportement (section E: humeur et comportement), rien ne peut être codé dans ce cas, car le comportement énuméré dans la section n'est pas manifesté. Il ne s'agit pas d'un patient souffrant de troubles du comportement, mais plutôt de troubles psychiques. Pour donner un exemple: il n'erre pas "sans but", mais agit et demande une aide constante en matière de connaissances. Nous nous contentons donc d'indiquer un niveau 2 dans la section E, 2 étant le maximum en termes de fréquence. En revanche, en ce qui concerne les capacités fonctionnelles (section G: capacité fonctionnelle/ADL), celles-ci ont un score faible car, le patient étant physiquement autonome, nous n'indiquons qu'un travail de surveillance (ce qui correspond à un niveau 1 sur une échelle de 0 à 4) ou tout au plus une dépendance partielle (ce qui correspond à un niveau 2).

En ce qui concerne les groupes de ressources ISO pour les soins (RUG): la dame dans le cas présenté relève du CA2 (cliniquement complexe), ce qui correspond à un indice CH de 1,150.

Il est absurde qu'un patient dont la fonction physique est réduite et donc

avec une AVQ élevée (grabataire et totalement dépendante) génère un indice CH de 1,6; et donc un taux de participation très élevé, comme le montre le deuxième cas.

Exemple 2

Il s'agit d'un patient atteint de démence de haut degré, au dernier stade, incapable de s'exprimer, présentant une déficience cognitive maximale (il ne parle pas et n'a pas d'expression non verbale), ne présentant pas de troubles psychiques, mais présentant une déficience physique maximale (nécessitant donc de nombreuses personnes pour les soins, l'hygiène et la mobilisation).

L'indice LDA est de 18 (maximum) parce qu'au niveau physique, il y a d'énormes limitations. Dans la section E, par contre, la co-déficience est de 0. Comme la section LDA fournit des scores beaucoup plus élevés, le RUG final est très élevé: il génère un indice CH de 1,6.

Dans le cas précédent, le patient souffrait d'un trouble psychiatrique très important, mais ses AVQ étaient faibles.

l'indice CH était faible. S'il avait eu des LDA élevés, il aurait eu un indice CH de 1,776.

La comparaison des deux exemples renforce les résultats de l'enquête dans la section 2 du questionnaire. Ils montrent notamment que, malgré le fait que le temps consacré par les soignants est plus important lorsqu'ils s'engagent promouvoir l'autonomie du résident, il n'y a pas de reconnaissance appropriée dans le RAI. Plus précisément, l'exemple 1 illustre la complexité du travail nécessaire à la prise en charge des résidents psychogériatriques, qui n'est pas suffisamment codifié dans le RAI.





OCST organizzazione
cristiano-sociale
toscane

Les personnes qui souhaitent en savoir plus peuvent utiliser ce code QR pour consulter l'intégralité du questionnaire sur lequel cette brochure est basée.