

PHASE 2

APPEL A CANDIDATURES ENTREPRISES

Dans le cadre du programme
Innov'Up Expérimentation Santé

CHALLENGE #1

APESE



1. RESPONSABLE DU CHALLENGE

Nom de l'établissement : EHPAD Villa Borghèse

Poste responsable du Challenge : Direction

2. RESPONSABLE DU CHALLENGE

Amélioration de l'organisation du travail quotidien des équipes soignantes d'EHPAD, et par ricochet du suivi santé des résidents.

3. ACRONYME DU CHALLENGE

APESE (= amélioration du parcours des équipes soignantes d'EHPAD)

4. DEFINITION GENERALE DU CHALLENGE

Turn over et absentéisme en EHPAD

Comme de très nombreux EHPAD français, notre établissement connaît un turn-over et un absentéisme certains parmi ses équipes soignantes. En France, le taux d'**absentéisme** moyen en EHPAD est de 10,5 %, ce qui est 30 % plus important que dans l'ensemble du secteur de la santé. (*Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, ARS IDF 2016*).

Souffrance des soignants

Cette instabilité des équipes est entre autres expliquée par :

- le manque de reconnaissance de la société française pour leurs missions,
- les ratios soignants/soignés définis par les textes et par les budgets (1 aide-soignant pour environ 10 résidents, 1 infirmier pour environ 60 résidents).
- ce ratio engendre un manque de temps pour mener à bien leurs missions
- l'avantage d'une rémunération en CDD plutôt qu'en CDI (+20%),
- la pénibilité de certaines tâches.

Il s'agit par ailleurs d'un cercle vicieux puisque les absences de certains épuisent les autres qui finissent par s'absenter à leur tour.

Souffrance des cadres

Les absences sont remplacées dans l'urgence, tant bien que mal, par les cadres de soins et les directions qui consomment à cette tâche de recrutement une partie non négligeable de leur quotidien et prennent alors du retard sur leurs propres missions. Ainsi on note que la durée moyenne d'exercice de l'emploi d'IDEC est de 7 ans (selon le travail de Blandine Delfosse : le burn out en est une des raisons.)

Désorganisation des établissements

Les soignants remplaçants ne connaissent ni les process de l'établissement ni les habitudes de chaque résident. Les informations inscrites dans les supports informatiques (logiciels de soins) ne suffisent pas à compenser cette méconnaissance. Cela peut générer des interruptions dans le suivi adapté des résidents. Les conséquences peuvent être lourdes :

- survenue d'évènements indésirables par manque de communication écrite et/ou orale. Exemple : un infirmier vacataire n'a pas tracé que la pharmacie n'avait pas livré un médicament. Ce médicament a été interrompu 24h, et la résidente a été victime d'une crise convulsive consécutive.
- en conséquence de certains évènements indésirables : hospitalisations évitables

Ainsi nous constatons que cette désorganisation a des répercussions sur la traçabilité : la quantité d'informations tracées est insuffisante, ce qui peut avoir des conséquences sur la prise en charge santé des résidents.

Pour faire gagner du temps aux soignants, pour faciliter leurs pratiques, pour valoriser leur emploi, pour redonner du sens à ce métier indispensable, pour assurer un suivi santé optimal, nous avons besoin d'outils qui les accompagnent et améliorent leur qualité de vie au travail. Des objets connectés, des techniques de collecte automatique d'informations et des envois automatiques d'alarmes soulageraient les soignants et leur rendraient du temps valorisable.

5. DEFINITION DES PROFILS TYPES

PROFIL TYPE 1 « PATIENT A PROBLEME »

Nom	<i>M. Senior</i>
Age	<i>88 ans</i>
Métier	<i>Médecin retraité depuis 20 ans</i>
Courte biographie en trois points	<i>M Senior vit en EHPAD depuis 2019. Il a chuté 3 fois en un an, toujours la nuit en allant aux toilettes. Sa fille culpabilise qu'il soit en EHPAD et est mécontente qu'on tarde parfois à venir le secourir.</i>
Pathologies	<i>Diabète type 2 insulino requérant, hypertension artérielle avec hypotension orthostatique. Constipation opiniâtre avec syndrome subocclusif fréquent. Troubles cognitifs légers, prothèse totale de hanche droite pour coxarthrose, DMLA. Syndrome dépressif réactionnel à l'institutionnalisation. Ulcère de jambe nécessitant pansement/2 jours avec adaptations fréquentes du protocole pansement.</i>
Handicaps éventuels	<i>Baisse d'acuité visuelle, boiterie liée à la prothèse de hanche.</i>
Motivations (reconnaissance, pouvoir, récompense...)	<i>Reconnaissance de ses capacités critiques et de ses compétences en soins</i>
Objectifs par rapport à la maladie, au traitement	<i>Suivre de près le transit pour éviter les occlusions. Prévenir/éviter les chutes. Suivre rigoureusement le protocole pansement pour éviter l'aggravation de l'ulcère.</i>
Contraintes et frustrations	<i>L'équipe soignante est toujours pressée. La nourriture est mauvaise.</i>
Traits de personnalité (introverti, raisonné, réfléchi...)	<i>Obsessionnel hyperorganisé, vindicatif, un peu narcissique.</i>
Connaissance de la maladie	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Observance	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Maîtrise d'internet	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Maîtrise du mobile	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Maîtrise des réseaux sociaux	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Autre(s) information(s) utile(s)	<i>Se plaint souvent dans le hall de l'EHPAD de la désorganisation de l'établissement : toutes les familles le connaissent, et certaines en ont fait leur porte étendard lorsqu'elles ont une plainte à exprimer.</i>

PROFIL TYPE 2 « PATIENT FACILE »

Nom	Mr SADAPTE
Age	86 ans
Métier	Architecte retraité
Courte biographie en trois points	<i>Célibataire, s'entend très bien avec ses neveux qui l'ont aidé à trouver un EHPAD Arrivé en séjour temporaire à l'EHPAD suite à une perte d'autonomie en lien avec des plaies complexes, mais a très bien récupéré. Entre les activités collectives et les jeux en ligne sur sa tablette, il se plait bien à l'EHPAD : il a décidé d'opter pour un séjour définitif.</i>
Pathologies	Artériopathie des membres inférieurs. Arthrose diffuse
Handicaps éventuels	Fatigabilité à la marche au-delà de 300 mètres.
Motivations (reconnaissance, pouvoir, récompense...)	La stimulation intellectuelle liée à l'échange verbal
Objectifs par rapport à la maladie, au traitement	Surveiller l'état cutané et panser la moindre plaie débutante.
Contraintes et frustrations	Est limité à la marche : ne peut plus se promener sur de longues distances (claudication).
Traits de personnalité (introverti, raisonné, réfléchi...)	Philanthrope, donc compréhensif. Autonome et volontaire.
Connaissance de la maladie	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Observance	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Maîtrise d'internet	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Maîtrise du mobile	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Maîtrise des réseaux sociaux	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Autre(s) information(s) utile(s)	<i>Ce profil est assez rare. En effet, ce profil de personnes vit rarement en EHPAD. Mais ces personnes « peu ou pas dépendantes » soulagent le travail des équipes.</i>

PROFIL TYPE 3 « PERSONNEL DE SANTE 1 »

Profession	Aide-soignante
Poste	Aide-soignante s'occupant de 10 résidents
Age	46 ans

Courte biographie en trois points	<p><i>Travaille en journée à l'EHPAD depuis 3 mois. Auparavant elle était aide-soignante de nuit dans un autre EHPAD de la ville. Avait choisi de travailler la nuit pour s'occuper de ses enfants en journée. Mais ils ont grandi.</i></p> <p><i>Est aide-soignante depuis de nombreuses années, une certaine lassitude se lit dans son comportement quotidien.</i></p> <p><i>N'a plus d'appétence pour les initiatives ni les projets d'établissement. Semble assez fataliste.</i></p>
Motivations (reconnaissance, pouvoir, récompense...)	<ul style="list-style-type: none"> - Quitter son poste à l'heure, - La reconnaissance des familles de résidents
Objectifs par rapport à son travail	<ul style="list-style-type: none"> - S'affranchir de tâches informatiques, - Réaliser ce qui lui est demandé : les soins décrits dans le plan de soins de chaque résident. Ne pas passer « à côté » d'un symptôme nouveau chez un résident. - Se sentir respectée des personnels administratifs et encadrants,
Contraintes et frustrations	<p><i>Le temps !!! Faire en sorte que les 10 résidents dont elle prend soin soient tous prêts, aient fait leur toilette et soient habillés pour midi est un stress fréquent. Elle ne se sent pas bien traitée lorsqu'elle « fait rapidement ».</i></p>
Traits de personnalité (introverti, raisonné, réfléchi...)	<i>Maligne</i>
Connaissance de la maladie	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Maîtrise d'internet	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Maîtrise du mobile	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Maîtrise des réseaux sociaux	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Autre(s) information(s) utile(s)	<p><i>Hésite à accepter un CDI. En effet, en région parisienne, le coût de la vie étant important, beaucoup de ses collègues lui conseillent de faire des vacances dans divers EHPAD, ce qui lui permettra de gérer son emploi du temps hebdomadaire comme elle le souhaite, et de bénéficier de primes de précarité, ce qui assure un revenu supérieur de 20 % à un CDI.</i></p>

PROFIL TYPE 4 « PERSONNEL DE SANTE 2 »

Profession	<i>infirmière</i>
Poste	<i>Infirmière coordinatrice de l'EHPAD : « IDEC »</i>
Age	<i>33 ans</i>
Courte biographie en trois points	<i>A été infirmière en cardiologie puis faisant fonction de cadre de nuit. Grâce à son dynamisme et sa ténacité, le bouche à oreille l'a faite remarquer par la direction de</i>

	<p><i>l'EHPAD qui est parvenue à la recruter pour le poste IDEC. Elle suit un master « management des établissements sanitaires et sociaux »</i></p> <p><i>Elle est maman d'un petit garçon de 3 ans qu'elle voit peu car travaille beaucoup.</i></p> <p><i>La rigueur et la rapidité font sa force, ce qui est appréciable en EHPAD compte-tenu du grand nombre de résidents dont il faut prendre soins, et des effectifs soignants moindres que dans l'environnement sanitaire auquel elle était habituée.</i></p>
Motivations (reconnaissance, pouvoir, récompense...)	<p><i>La reconnaissance de sa hiérarchie pour la qualité de son travail.</i></p> <p><i>Le fait d'être appréciée de ses équipes.</i></p>
Objectifs par rapport à son travail	<p><i>Elle souhaite être au courant de la survenue de tout évènement médical pour s'assurer que ses équipes (infirmières, aide-soignante) aient tout organisé pour que le résident soit évalué au plus tôt et traité en conséquence si nécessaire.</i></p>
Contraintes et frustrations	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Nécessité de « repasser derrière certains soignants » pour s'assurer de la prise en charge correcte des résidents : situation chronophage et anxiogène.</i> - <i>temps consommé presque chaque matin pour résoudre les absences imprévisibles de soignants.</i> - <i>tout cela ne lui laisse pas toujours le temps de mettre en pratique ses compétences managériales.</i>
Traits de personnalité (introverti, raisonné, réfléchi...)	<p><i>Dynamique, rapide et efficace, dans le contrôle.</i></p>
Connaissance de la maladie	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Maîtrise d'internet	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Maîtrise du mobile	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Maîtrise des réseaux sociaux	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Autre(s) information(s) utile(s)	<p><i>Prend la suite d'un certains nombres de personnes s'étant succédées au poste d'IDEC et ayant eu des difficultés à concilier capacités managériales / mises en œuvre des procédures / garantie de la continuité des soins.</i></p>

Liste les différentes personnes (ou groupes de personnes) qui utiliseront directement ou indirectement la future solution co-crée.

- infirmières EHPAD
- aides-soignants EHPAD
- IDEC
- médecin coordinateur EHPAD
- médecin généraliste
- kinésithérapeute
- psychomotricien
- psychologue
- équipe mobile gériatrique

6. DEFINITION DES CAS D'USAGES

CAS UN . Situation du résident

Etape 1

Mme X, 88 ans, est insuffisante cardiaque. La fatigue et la perte d'autonomie liées à un ènième épisode de décompensation cardiaque pris en charge à l'hôpital ont motivé ses enfants à lui proposer un séjour, au moins temporaire, en EHPAD. Certes sa situation clinique est stabilisée et ne nécessite plus l'hospitalisation, mais Mme X nécessite désormais une aide quotidienne pour la toilette et l'habillage, et la maladie cardiaque justifie un suivi quotidien de son état pour anticiper une nouvelle décompensation et éviter une ré hospitalisation. Son médecin généraliste est peu disponible, rarement joignable.

Etape 2

Mme X est donc arrivée à l'EHPAD. L'ordonnance des cardiologues hospitaliers comporte, outre les traitements médicamenteux, une surveillance quotidienne de la fréquence cardiaque FC et de la tension artérielle TA, une surveillance bi hebdomadaire du poids. Sophie l'infirmière de l'EHPAD s'inquiète du temps nécessaire à cette surveillance. En effet, le temps manque déjà aux équipes : entre l'équipe, la contre-équipe, les vacataires, les effectifs réduits... il faudra être vigilant pour que ces mesures soient effectuées comme escompté.

Etape 3

Sophie a bien mesuré la TA et la FC durant les 3 jours où elle travaillait. Elle a bien planifié les soins et noté les transmissions correspondant dans le logiciel de soins. Mais c'est une infirmière vacataire qui prend la relève les jours suivant. L'IDEC a transmis à cette vacataire les codes nécessaires pour se connecter au logiciel, mais la vacataire est peu encline à utiliser l'informatique. Elle a du mal à prendre connaissance de la planification des soins, et n'a pas noté qu'il fallait surveiller FC TA et poids de cette résidente.

Etape 4

Mme X a des troubles cognitifs légers et n'a pas remarqué que l'infirmière n'avait pas mesuré ses constantes. Elle se sent fatiguée et essouffée, mais l'infirmière vacataire lui assure que les symptômes doivent être en rapport avec « ses problèmes cardiaques habituels ».

A l'issue du week-end, Sophie est de retour et remarque que l'état général de Mme X a changé : fatiguée, plus essouffée en effet. Elle mesure ses constantes et la pèse : la fréquence cardiaque est plus élevée que la semaine précédente, et Mme X a pris 2 Kg en 1 week-end. Sophie ne note aucune transmission tracée pendant le week-end concernant Mme X et ne sait donc pas ce qu'il s'est passé.

Etape 5

Le médecin traitant n'est pas disponible. Le médecin coordinateur de l'EHPAD est donc appelé. Il évalue la dame cliniquement, consulte le logiciel, et exprime ses regrets concernant le manque de traçabilité des jours précédents. Il diagnostique en définitive une nouvelle décompensation cardiaque sur accélération de la fibrillation auriculaire. Etant seulement présent à mi-temps à l'EHPAD, et le généraliste étant peu disponible, le médecin coordinateur sait que les traitements ne pourront pas être adaptés au jour le jour à la situation clinique. Il est alors contraint de réadresser Mme X en hospitalisation. Mme X est désolée de retourner encore une fois à l'hôpital car elle avait pris ses marques à l'EHPAD.

CAS 2 Situation du soignant

Etape 1

Stéphanie est aide-soignante dans l'établissement depuis plusieurs années. Assidue et rigoureuse, elle est appréciée des résidents et des familles. Comme d'habitude elle arrive ce matin, consulte dans le logiciel de soins les transmissions de la veille (elle était de repos hier) et de la nuit concernant les 10 résidents dont elle s'occupe. Mais comme cela arrive régulièrement, ce matin, il manque une de ses collègues. Stéphanie est désabusée de constater ces absences répétées, et s'épuise progressivement.

Etape 2

L'IDEC n'est pas parvenue à recruter un remplaçant pour la journée. A l'étage de Stéphanie, aujourd'hui, une aide-soignante s'occupera donc de 15 résidents au lieu de 10. Pour ce matin, cela signifie aider, partiellement ou totalement, 15 personnes à prendre leur petit déjeuner, à faire leur toilette, à s'habiller... Soit **15 minutes environ par résident** pour faire tout cela.

Etape 3

Stéphanie préfère repousser le moment où elle devrait valider informatiquement les plans de soins, rédiger ses transmissions, tracer les données concernant le transit, l'appétit, la douleur... plutôt que de laisser des résidents seuls en difficulté. Ce retard de traçabilité est stressant pour elle, et peut altérer la qualité du suivi des résidents.

Etape 4

Elle n'a pas un instant pour discuter avec eux. Elle a le sentiment de manquer d'empathie, et de mécaniser son travail, « travailler comme un robot ». Cela la rend parfois irritable, au point qu'elle a répondu de façon agacée à un résident très demandeur et qui souffre de troubles cognitifs.

Etape 5

En fin de journée, l'ordinateur est déjà occupé par un autre soignant ; elle doit attendre pour y accéder et tracer ses soins. Il faut ensuite s'identifier informatiquement, avoir recours au « clicodrome » pour valider les soins réalisés, puis rédiger des transmissions, ce qu'elle n'aime pas car elle a des difficultés en grammaire et orthographe. Finalement, elle quitte son poste avec 45 minutes de retard et le sentiment de n'avoir pas été à la hauteur des attentes. Une fois rentrée chez elle, elle raconte s'être rendu compte qu'elle avait oublié de rédiger une transmission concernant la toux d'une résidente et la saturation en oxygène à 91 %.

7. EXIGENCES TECHNIQUES ET FONCTIONNELLES

1. Des **technologies** doivent aider les soignants d'EHPAD à collecter certaines données, mais **être les plus transparentes** possibles en terme d'intervention des soignants (éviter l'entretien des objets, les recharges électriques fréquentes). Ces technologies doivent **collecter des données usuellement requises en EHPAD**, par exemple le suivi du transit, la douleur, les prises alimentaires, la fréquence cardiaque et la tension, le poids...
2. La solution doit permettre une traçabilité numérique automatique des données du résident dans le logiciel de soin pré existant (Netsoins de Teranga) = **interopérabilité entre la solution et le logiciel de soins**. En effet, la solution doit permettre aux soignants d'éviter la saisie informatique longue et fastidieuse par frappe manuelle.
3. La solution doit faciliter la gestion du plan de soins = validation des tâches réalisées + avertissement des tâches à venir, si possible en évitant la frappe manuelle informatique.
4. La solution doit aider les soignants à être informés de la survenus d'évènements (chute, déambulation nocturne...) en temps réel, par exemple via des alarmes, en **s'interfaçant avec les moyens de communication** de l'établissement (ex : la téléphonie IP) pour déclencher des **alarmes** vers ces moyens existant. **Idéalement, la solution doit aussi pouvoir aider les soignants à prioriser leurs tâches en fonctions des données collectées.**
5. La solution doit être la plus facile possible à utiliser et doit **s'intégrer dans le processus journalier** sans l'alourdir : elle ne doit pas nécessiter de temps salarié supplémentaire et doit au contraire leur faire gagner du temps. Elle doit être très simple d'utilisation.
- 6 . La solution doit être définie de façon à limiter les vols/altération/mésusage de matériel.

8. BARRIERES

La valeur d'usage doit être la priorité : l'entrée de la technologie n'aura d'intérêt pour nous que si elle permet de répondre à des attentes déjà existantes.

La solution ne doit pas nécessiter l'installation d'autres infrastructures que l'existant. Nous disposons du wifi dans tout l'établissement, et de la téléphonie IP.

Eventuellement, l'insertion de smartphones et de tablettes numériques pourra faire partie du projet si les pratiques sont accompagnées = si la formation des équipes est organisée et si l'utilisation de ces supports est limitée à quelques fonctions simples.

Si des objets connectés sont utilisés :

- la question de la charge électrique récurrente ne doit pas alourdir le travail quotidien des soignants.
- ils doivent représenter un coût financier raisonnable et ne pas susciter l'envie et donc les vols.

9. ASPECTS FINANCIERS

Coût du turn over et de l'absentéisme

Des établissements ont partagé leurs chiffres : un article de Gerontonews (20 oct 2020, V Lespez) décrit : « le directeur d'EHPAD Hervé Thiboud rapporte que pour un poste d'aide-soignant à temps plein chargé qui coûte normalement 3.000 €, l'agence d'intérim facture 5.250 € » (...) « En matière d'intérim, Maxime Loréal lui aussi a fait ses comptes. Alors qu'il dépensait "à peine 5.000 € par an il y a deux-trois ans, l'année dernière, on était à 15.000 €, et cette année, à fin octobre, j'en suis déjà à 30.000 €" ».

Pour un EHPAD de 80 résidents (le nôtre en compte 118), on compte 8 AS et 2,8 IDE (IDEC comprise). Or le turn-over en EHPAD est de 11% environ. Donc chaque jour, sur 10,8 soignants, il en manque en moyenne 1. Sur une année, et sur la base d'un salaire horaire moyen brut chargé de 20 eur, cela représente 73 000 eur. Si l'AS est absent, il n'est pas payé par l'EHPAD, mais il faut trouver un vacataire qui coûte 20% plus cher, donc surcoût annuel de 73 000 x 20%. Donc le surcoût annuel de l'absentéisme en EHPAD est au grand minimum de 15 k€/an.

Le coût caché moyen de l'absentéisme en EHPAD serait de 7100 €/an/pers (Attractivité, fidélisation et implication du personnel en EHPAD : une problématique sectorielle et de management. Renaud Petit et Veronique Zardet, @GRH 2017/1 n°22, pages 31 à 54, cairn info). Il est dit « caché » car celui-ci n'est jamais comptabilisé, ni dans les comptes de résultat, ni dans les budgets.

On peut y ajouter la somme correspondant au temps que l'IDEC passe quotidiennement pour ces recrutements, et qui représente entre 5 et 8 k€ annuel.

Coût des hospitalisations injustifiées en lien avec un retard de prise en charge par manque de traçabilité ou par désorganisation des équipes.

Ex concret 1 : Mr XX avait reçu les médicaments cardiaques de son épouse en plus des siens : il avait dû être hospitalisé en cardiologie pour hypotension artérielle persistante sévère.

Ex concret 2 : Transfert au SAU à 22h de Mme YY : un infirmier vacataire n'avait pas tracé le retard de livraison d'un médicament : le sevrage de ce médicament a engendré des symptômes relevant d'un transfert aux urgences.

Ex concret 3 : Mme ZZ, situation palliative. L'infirmière débordée n'avait pas pris note de la modification de prescription médicamenteuse. Sa fille s'en étant aperçue a fait pression pour que la résidente soit transférée en service de soins palliatifs alors que le suivi pouvait tout à fait être réalisé à l'EHPAD. La dame a d'ailleurs été retransférée à l'EHPAD 5 jours plus tard.

D'après l'enquête PLEIAD 2009, le taux d'hospitalisation des résidents EHPAD est de 40 % pour une durée moyenne de 19 jours annuels. Pour un EHPAD de 80 résidents, cela représente 608 jours annuels d'hospitalisation. La part d'hospitalisations évitables pour les résidents EHPAD est de 19 à 60% selon l'HAS ["Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpads" HAS et ANESM, 2015]. Or 608 jours x 20 % de part d'hospitalisation évitable pourraient représenter plus de 60 000 € d'économies par EHPAD pour l'Assurance Maladie si le suivi santé des résidents était optimisé.

La participation financière de notre établissement pour bénéficier d'une solution répondant à l'ensemble de la problématique évoquée serait de 5000 € annuels.

10. IMPACTS ATTENDUS

Une solution innovante répondant à la problématique décrite doit pouvoir :

Objectif principal

Faciliter le travail des soignants, les valoriser, et redonner un sens humain à leur mission de soins. Certes la question de la valorisation salariale ne trouve pas de réponse dans cette hypothèse, mais nous espérons que les points positifs sus cités aient un impact.

=> critère d'évaluation : satisfaction des soignants (questionnaire via une échelle de Likert). A long terme, la diminution du taux mensuel d'absentéisme pourrait être un critère majeur.

Objectifs secondaires

1. Collecter des informations santé des résidents qui soient régulières, exhaustives et pertinentes pour faciliter leur suivi santé.

=> Critère d'évaluation : augmentation du taux de données insérées dans le logiciel de soins.

2. faciliter le travail des médecins généralistes

=> critère d'évaluation : augmentation du taux d'acceptation de nouveaux patients par les généralistes du secteur ± satisfaction des généralistes (échelle de Likert)

3. A moyen/long terme : limiter les hospitalisations qui sont difficiles à vivre pour les résidents, et coûteuses pour le système de soins, ou au moins à limiter les durées de séjour hospitalier.

=> Critère d'évaluation : nombres de jours d'hospitalisations annuels.

11. PERIMETRE DU CHALLENGE ET DUPLICABILITE

Notre challenge EHPAD relève d'une problématique nationale ! L'année 2020 l'a clairement montré, la prise en charge des résidents d'EHPAD durant le COVID ayant été compliquée dans certains établissements.

40 à 50 % des EHPAD ont des **difficultés pour recruter**. Dans 10% des EHPAD, on dénombre au moins 1 poste d'aide-soignant non pourvu depuis au moins 6 mois, et 1 poste de médecin coordonnateur non pourvu depuis au moins 6 mois. (DRESS n° 1067 juin 2018).

Les rapports parlementaires El Khomri, Iborra ou encore Libault vont également dans ce sens.

12. ENGAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Profils et disponibilité de l'équipe établissement pour la phase de co-création :

- Directeur service informatique. Soutien à l'adaptation informatique. Disponibilité : 0,5 jour/mois.
- IDEC (infirmière coordinatrice de l'EHPAD). Management d'équipe soignante. Rôle : accompagnement des équipes soignantes à l'usage d'une nouvelle solution technologique. Disponibilité : 2 jours/mois.
- Médecin coordinateur EHPAD. Rôle : aide à l'évaluation d'une solution en terme de bénéfice pour les médecins.
- Aide-soignante. Rôle : aide à la définition et/ou à l'adaptation des exigences pratiques requises dans la solution. Disponibilité : 1 jour/mois
- Directrice. Rôle : aide à l'évaluation du bénéfice financier et organisationnel. Disponibilité : 1 jour/mois