

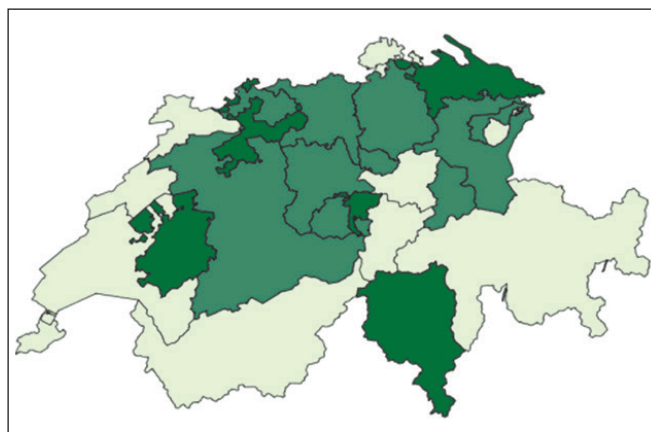


## Rapport 2017-DSAS-97

19 décembre 2017

### du Conseil d'Etat au Grand Conseil relatif au postulat 2015-GC-171 Marie-Christine Baechler/Marc-Antoine Gamba pour une meilleure reconnaissance des besoins en soins palliatifs et psychiatriques et une traçabilité raisonnable des soins en EMS

Nous avons l'honneur de vous présenter le rapport faisant suite au postulat des députés Marie-Christine Baechler et Marc-Antoine Gamba. Ce postulat demandait au Conseil d'Etat un rapport sur les problèmes liés à l'implémentation de l'outil d'évaluation RAI-Nursing home (Resident Assessment Instrument for Nursing Home) dans les EMS du canton. Les députés demandaient que le rapport traite en particulier de la problématique de la prise en compte par l'outil RAI des besoins en soins spécifiques aux personnes nécessitant des soins palliatifs ou présentant des troubles psychiatriques, ainsi que des charges administratives liées aux évaluations au moyen de l'outil RAI.



#### 1. RAI-Nursing Home (RAI-NH)

L'introduction, au 1<sup>er</sup> janvier 2012, de l'outil RAI-NH dans les EMS du canton de Fribourg fait suite à l'entrée en vigueur de la loi fédérale du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins. Cette loi exige en effet que le financement des soins dans les EMS par l'assurance obligatoire des soins soit calculé sur la base de 12 niveaux, alors qu'il se basait dans le canton de Fribourg sur 4 niveaux jusqu'à la fin de l'année 2011.

L'outil RAI-NH est, avec l'outil BESA, l'outil le plus répandu dans les EMS de Suisse. Sur les 95 000 lits répertoriés en 2015 dans les EMS en Suisse, les besoins des personnes occupant 40 000 lits étaient évalués au moyen de l'outil RAI, les besoins de celles occupant 40 000 autres lits l'étaient au moyen de l'outil BESA et ceux des personnes occupant les derniers 15 000 lits l'étaient au moyen de l'outil Plaisir. Seuls les cantons de Genève, de Neuchâtel, de Vaud et du Jura utilisent aujourd'hui encore l'outil Plaisir, mais des travaux sont actuellement en cours dans le canton de Vaud pour implémenter l'outil InterRAI.

- Utilisation du RAI-NH dans tous les EMS; obligation pour les EMS
- Utilisation du RAI-NH ou de l'outil BESA; libre choix des EMS
- Utilisation de l'outil BESA (VS et cantons alémaniques) ou de l'outil PLAISIR (GE, JU, NE, VD); obligation pour les EMS

Comme l'indiquent l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive et le Service de gériatrie et réadaptation gériatrique de l'Université de Lausanne dans leur rapport de 2012 «Le Resident Assessment Instrument (RAI) et autres instruments d'évaluation, d'orientation et de communication relatifs aux personnes âgées dans le réseau de soins»<sup>1</sup>, le module RAI-NH, comme les autres modules de l'outil RAI, «consiste en une évaluation globale standardisée de la personne âgée. Les données ainsi relevées sont traitées par un logiciel ad hoc qui identifie les problèmes potentiels (tableau d'alarme) nécessitant une évaluation plus précise, notamment grâce aux guides d'analyse par domaine d'intervention. Cette démarche conduit à l'élaboration d'un plan de soins individualisé, et des indicateurs de qualité des soins ont été développés sur la base de l'information recueillie.»

<sup>1</sup> [https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds191\\_fr.pdf](https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds191_fr.pdf)

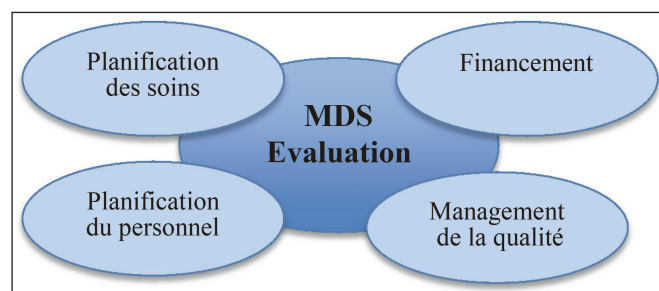
Le module RAI-NH comprend:

- > un formulaire d'évaluation, le Minimum Data Set (MDS);
- > un logiciel (RAI-soft);
- > divers guides d'analyse par domaines d'intervention (Resident Clinical Assessment Protocols).

Grâce au logiciel RAI-soft, la saisie informatique des informations recueillies par le MDS permet de générer un tableau d'alarme et des échelles de performance. L'outil RAI permet en outre:

- > de planifier les soins et d'en gérer la qualité,
- > de gérer les ressources en personnel,
- > de répartir les résidents et résidentes en 36 groupes dits «groupes iso-ressources, RUG» permettant de déterminer le financement des soins qui leur sont prodigués.

Le système d'évaluation RAI est né aux Etats-Unis à la suite de l'entrée en vigueur d'une loi exigeant une amélioration de la qualité des soins de longue durée. L'outil RAI est aujourd'hui utilisé sur tous les continents et dans de très nombreux pays.



L'outil RAI n'est pas, en premier lieu, un outil élaboré pour le financement des soins de longue durée. Il a été conçu en priorité pour faciliter la planification et la mise en œuvre de soins de qualité. En effet, lors des évaluations faites au moyen de l'outil RAI, les professionnels récoltent un nombre importants d'informations sur la personne (données personnelles, capacités cognitives, capacités de communication, capacités visuelles, humeur et comportement, bien-être psycho-social, capacités physiques, continence, diagnostics médicaux, état de santé, état nutritionnel, état bucco-dentaire, état de la peau, occupations, traitement médicamenteux, traitements spéciaux). La prise en considération de l'ensemble de ces données contribue à une gestion plus professionnelle des soins en EMS. Elle permet au personnel de mieux tenir compte des ressources, des déficits et des souhaits des résidents et résidentes et de planifier les soins en conséquence. De plus, la démarche RAI prévoit la possibilité d'impliquer les résidents et résidentes dans l'évaluation, ainsi que leurs proches, leur permettant ainsi de participer à l'organisation d'une prise en charge de la personne respectant le mieux possible son autonomie et sa qualité de vie.

On peut dès lors confirmer que l'utilisation de l'outil RAI-NH participe à l'amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes résidant en EMS. Toutefois, toujours dans le même souci d'améliorer l'autonomie et la qualité de vie des résidents et résidentes dans les EMS fribourgeois, la DSAS envisage encore d'autres mesures. Ainsi, conformément au projet de règlement d'exécution de la loi sur les prestations médico-sociales (RPMS), qui entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2018, les prestations d'accompagnement, à savoir les prestations individuelles participant au maintien et au développement des capacités physiques, psychiques, spirituelles et sociales de la personne, devront être convenues formellement entre l'EMS et la personne bénéficiaire ou son représentant ou sa représentante légal-e. Le type et la fréquence de ces prestations seront déterminés en fonction d'objectifs fixés eu égard au parcours de vie de la personne.

Le module RAI-NH utilisé aujourd'hui dans les EMS fribourgeois et dans les autres cantons est fondé sur la version 2.0 du module original de l'outil InterRAI prévu pour les EMS. Ce module a toutefois été adapté par l'entreprise Q-Sys SA aux spécificités helvétiques, entre autres pour tenir compte des exigences fédérales liées au financement des soins. Ce module a déjà fait l'objet de différentes adaptations depuis son implémentation dans les EMS suisses, dans le souci constant de tenir compte de l'évaluation des soins prodigués dans les EMS, du temps effectivement consacré aux soins par le personnel et des exigences en lien avec la législation fédérale.

## 2. Mise en œuvre de l'outil RAI-NH dans les EMS fribourgeois

En juillet 2016, le Service de la prévoyance sociale (SPS) a transmis à la Direction de la santé et des affaires sociales un premier rapport sur la mise en œuvre du RAI dans les EMS du canton de Fribourg après trois années d'utilisation.

### 2.1. Points positifs

Conformément à ce rapport, l'outil RAI était considéré de manière générale au sein des EMS comme «un instrument qui décrit de manière adéquate les différentes tâches liées aux soins des résidents. Il a rendu les soins plus professionnels, grâce au codage au moyen du formulaire MDS qui nécessite une documentation claire et de qualité. Ceci est confirmé par 46 EMS (sur 49). [...]».

Il ressort aussi du rapport que tous les EMS ont mis en place des instruments de travail facilitant l'utilisation du RAI au quotidien. Ils ont adapté leur organisation pour assurer une prise en charge 24 heures sur 24 et ont définis dans leur concept les tâches incombant aux divers groupes de professionnel-le-s. Le rapport mentionne en outre le fait que «dans tous les EMS (à une exception près), les ressources en person-

nel formé sont suffisantes. [...] L'ensemble du personnel, qui est notamment chargé d'écrire les observations, a été préparé à cette tâche par des formations internes (par Q-Sys ou son propre personnel) et à l'aide d'outils adéquats». Les membres du personnel des EMS chargés de la coordination et de la supervision de l'utilisation du RAI ont acquis suffisamment d'assurance pour défendre leurs arguments lors des visites de contrôle effectuées par les assureurs.

Le rapport fait en outre état du fait que, de l'avis des utilisateurs et utilisatrices de l'outil RAI, «les données issues du RAI sont beaucoup plus claires et précises que celles provenant de la Grille fribourgeoise. L'analyse des évaluations RAI fournit des informations sur l'amélioration continue de la qualité des soins et de l'organisation du travail».

Finalement, les données exportées trimestriellement vers le SPS permettent d'élaborer des statistiques et d'effectuer des comparaisons intracantonales. Les comparaisons au plan suisse ne peuvent s'appuyer que sur les données de la statistique fédérale SOMED qui n'intègre pas les spécificités cantonales (par ex. codage dans les homes simples), elle aboutit ainsi malheureusement à des données difficilement comparables.

## 2.2. Points jugés problématiques par les EMS

Les EMS sont unanimes sur le fait que: «l'effort administratif en lien avec le RAI est plus important qu'avec la Grille fribourgeoise. [...] L'investissement en temps est plus grand. Dans les EMS disposant de plusieurs chambres de court séjour, l'effort pour les évaluations est beaucoup plus élevé.» Plusieurs raisons expliquent cette situation.

Tout d'abord, la Grille fribourgeoise utilisée précédemment était un système d'évaluation qui se fondait sur 14 domaines, auxquels il fallait attribuer de 1 à 6 points, selon le degré de dépendance du résidant ou de la résidante (14–84 points). Avec ses 4 degrés de dépendance, la Grille fribourgeoise laissait ainsi une certaine marge d'interprétation dans l'évaluation du niveau de soins et d'accompagnement de la personne. Elle ne correspondait cependant plus aux exigences de la législation fédérale sur le nouveau financement des soins. Une évaluation globale au moyen de l'outil RAI exige aujourd'hui aux professionnel-le-s des soins de répondre à 440 questions relatives à 16 domaines.

Un deuxième aspect à prendre en considération est que le dossier de soins des résidants et résidentes contient des données qui dépendent de la philosophie propre à chaque EMS. Ces données doivent correspondre aux données issues des observations faites au moyen de l'outil RAI. Aussi, les dossiers de soins ont dû être adaptés pour permettre au personnel de retrouver rapidement les observations nécessaires afin de remplir de manière adéquate le formulaire MDS (codage). Cette adaptation a nécessité beaucoup de temps et d'efforts.

Certes l'entreprise Q-Sys a développé et met à la disposition des EMS un dossier de soins informatisé. Toutefois la majorité des EMS du canton travaillaient déjà avec quatre différents dossiers informatisés. Une adaptation coordonnée de ces dossiers n'a pas été possible. Il appartient à ces EMS de se regrouper, en fonction de la solution informatique qu'ils ont adoptée, et de négocier avec les fournisseurs informatiques l'interface adéquate.

Finalement, la qualité de la documentation étant très importante pour pouvoir définir le niveau des soins de la personne, une bonne partie du personnel a dû être formée afin de garantir une transcription des observations pertinentes pour le codage. Or, le «langage RAI» est très spécifique et en particulier pour le personnel de soins auxiliaire, l'utilisation du RAI représente une activité nouvelle et exigeante.

Lors de l'établissement du rapport, d'autres éléments ont été considérés comme problématiques par les EMS:

- > la difficulté de documenter les soins infirmiers de réadaptation et les mesures P2d (mesures dispensées pour influencer l'humeur, le comportement ou les symptômes de démence);
- > un travail supplémentaire à la suite de l'évaluation des résidants et résidentes au bénéfice de thérapies telles que la physiothérapie, l'ergothérapie et la logopédie;
- > la difficulté liée à l'organisation des différents groupes de professions pour assurer un fonctionnement 24 heures sur 24;
- > une dotation jugée insuffisante pour la prise en charge des résidants et résidentes avec des niveaux de soins bas (RAI 1 et 2);
- > les coûts des formations RAI organisées par l'entreprise Q-Sys jugés trop élevés;
- > une gestion plus compliquée des dotations en raison des 12 niveaux de soins.

## 2.3. Autres problèmes liés à l'outil RAI

Certaines remarques des EMS ont révélé certains problèmes liés à la transcription en RUGs des données relevées dans les évaluations au moyen du MDS:

- > L'index pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) exclut dans le MDS certaines activités importantes pour des personnes souffrant de démence (par exemple se laver et s'habiller). Le formulaire MDS ne correspond donc pas entièrement à la réalité des EMS (cf. ci-après point 3.1).
- > L'évaluation RAI tient compte des soins financés par l'assurance obligatoire des soins. Diverses prestations, également nécessaires pour assurer la qualité de la prise en charge et le bien-être des résidants ne peuvent pas être codées au moyen du RAI, du fait qu'elles ne sont pas

prises en charge par les caisses-maladie. On peut citer les exemples suivants:

- l'accompagnement et les discussions avec les résidents et résidentes et leurs proches dans des situations de crises;
  - l'accompagnement lors de visites à l'extérieur (médecin, physiothérapeute);
  - les tâches particulières en lien avec les maladies psychiatriques et dans les situations palliatives ainsi que lors de la prise en charge de personnes victimes d'un accident ischémique transitoire.
- > La prise en compte des mesures P2d applicables aux résidents «avec déficiences cognitives» et «troubles du comportement», n'est plus pertinente pour les situations dans lesquelles la dépendance physique de la personne prend le dessus.
- > Les évaluations lors de changements significatifs devraient être simplifiées grâce à la reprise des anciennes données.
- > Les mesures P2d et les soins de réadaptation ne sont pas cumulables alors que la charge de travail y relative est effectivement cumulée.
- > Les soins liés à la stomathérapie ne sont pas pris en compte dans l'évaluation des niveaux RAI, alors qu'ils sont très chronophages.

### **3. Démarches entreprises pour pallier les problèmes constatés**

La plupart des problèmes évoqués par les EMS (cf. ci-dessus point 2), dont fait état le rapport du SPS de 2016, se sont réglés d'eux-mêmes, grâce notamment à la réorganisation adéquate des équipes de soins au sein des EMS et en raison d'une meilleure maîtrise de l'outil RAI.

Certains problèmes ont été résolus grâce à différentes mesures et démarches.

#### **3.1. Utilisation d'un nouveau MDS**

Depuis l'introduction de l'outil RAI dans les EMS fribourgeois, le formulaire MDS a été complètement revu et la version 2016 a été épurée de tous les points qui se sont avérés non pertinents sur le terrain. Cette version intègre déjà les indicateurs de qualité qui seront exigés par la Confédération dès 2019.

Le nouveau formulaire MDS 2016 permet aussi de mieux codifier les symptômes neuropsychiatriques. Il répond donc, en partie, à certaines critiques formulées au sein des EMS. Concernant les soins palliatifs, les questions intégrées dans le nouveau formulaire permettent de déterminer le nombre de personnes en fin de vie nécessitant des soins palliatifs. Cette démarche permettra aux cantons utilisant l'outil RAI-NH d'analyser l'opportunité d'introduire dans les EMS l'outil

RAI Palliative Care (RAI-PC) afin de quantifier la charge de soins liée aux situations de personnes en fin de vie. Elle devrait aussi permettre de relancer avec les assureurs et les autorités fédérales les discussions sur l'introduction d'un ou de plusieurs niveaux de soins supplémentaires dans la législation fédérale pour tenir compte du volume de soins requis par les personnes en fin de vie.

Finalement, le MDS 2016 a aussi permis de réduire la phase d'observation des résidents et résidentes nécessaire à leur évaluation de 14 à 7 jours, diminuant ainsi les charges administratives du personnel des soins.

#### **3.2. Nouveau calibrage**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, le canton de Fribourg utilise toujours la même version de l'outil RAI que précédemment, mais avec un nouveau calcul des minutes de soins attribués à chaque RUG (nouveau calibrage). Le nouveau calibrage, qui ne modifie pas le MDS 2016 ni la manière de documenter les observations, permet de mieux prendre en considération les déficits cognitifs des personnes et leur attribue un niveau de soins supplémentaire et donc une nouvelle dotation en personnel de soins.

La décision de procéder à un nouveau calibrage de l'outil RAI-NH a été prise à la suite de l'analyse (analyse Curatime 2015) effectuée par l'association faîtière Curaviva et par l'entreprise Q-Sys dans 49 EMS, situés dans 10 cantons, et sur la base d'un échantillonnage de 3100 résidents et résidentes. Outre le canton de Fribourg, les cantons de Soleure et de Bâle-Ville ont aussi introduit le nouveau calibrage. A noter toutefois que la décision du canton de Fribourg a fait l'objet d'un recours des assureurs auprès du Tribunal fédéral.

#### **3.3. Recommandations relatives à la documentation**

L'analyse Curatime 2015 a aussi démontré que le travail administratif correspondait à 16% du temps utilisé pour les évaluations au moyen de l'outil RAI. Cela est dû en partie au fait que le personnel de soins avait plutôt tendance à trop documenter les divers soins fournis à la personne, ceci afin d'en garantir la traçabilité et le financement par les assureurs.

Ce constat a amené l'entreprise Q-Sys à élaborer des recommandations visant à préciser la manière de documenter les soins. Ces recommandations permettent de diminuer la charge administrative du personnel de soins.

Il n'en demeure pas moins que l'introduction de 12 niveaux de soins au plan fédéral ainsi que l'amélioration de la documentation des soins grâce à l'outil RAI-NH (cf. point 2.1) a effectivement induit une charge supplémentaire pour le personnel de soins par rapport à celle qui découlait de la Grille fribourgeoise. Il est important toutefois de rappeler que cette

charge administrative est prise en compte par l'outil RAI dans le calcul des minutes de soins.

### 3.4. Adaptation du logiciel RAI-Soft

Afin de diminuer les charges administratives du personnel de soins, l'entreprise Q-Sys a aussi procédé à une adaptation du logiciel RAI-Soft en juillet 2015. Cette adaptation permet au personnel de soins, en cas de changement significatif de l'état de santé d'une personne, entraînant une diminution des soins, de ne pas procéder à une nouvelle évaluation complète de ses besoins, mais de se baser sur la dernière évaluation et de ne réévaluer que les points déterminant le nouveau niveau de soins (par ex. visites médicales, physiothérapie, ergothérapie et logopédie).

### 3.5. Création d'une plate-forme intercantonale

A l'initiative du canton de Fribourg, une plate-forme intercantonale réunissant des représentants des administrations des cantons dans lesquels les EMS utilisent majoritairement ou exclusivement l'outil RAI a été créée en automne 2016.

Cette plate-forme a notamment pour mission de permettre à ses membres d'échanger les points de vue des utilisateurs et utilisatrices de l'outil RAI-NH, de thématiser les besoins nécessitant une éventuelle adaptation de l'outil, voire une adaptation de la formation des utilisateurs et utilisatrices de l'outil. Elle permet aussi de discuter des évolutions en lien avec le financement des soins et de l'application de critères uniformes au plan national.

### 3.6. Organisation de séances de travail sur le plan cantonal

Dans le canton de Fribourg, la responsable RAI auprès du SPS organise, à la demande des EMS et en collaboration avec leurs responsables RAI, des séances de travail destinées aux utilisateurs et utilisatrices RAI.

Une première rencontre a eu lieu en automne 2016 et avait pour thème l'analyse de situations de résidants et résidentes avec un niveau de soins 1 et 2, niveaux pour lesquels la dotation était jugée insuffisante lorsque la personne présente des signes dépressifs ou des problèmes d'addiction. Cette rencontre a permis de démontrer l'importance des observations relatives au comportement et à l'humeur de la personne, observations permettant souvent de reclasser la personne dans un niveau de soins supérieur.

## 4. Autres questions abordées par les députés

Les principales questions formulées par les députés Marie-Christine Baechler et Marc-Antoine Gamba dans leur intervention ont été abordées dans les explications ci-dessus, mais certaines nécessitent des explications complémentaires.

### 4.1. Comparabilité des outils RAI-NH et RAI-HC et exigences d'écritures

Dans le but d'améliorer le transfert d'informations entre les différents lieux de soins, le réseau interRAI ([www.interrai.org](http://www.interrai.org)) a adapté les modules RAI. Dans cette version adaptée, qui se nomme «interRAI 3.0 integrated suite», la quinzaine de MDS créés pour les différents domaines de soins contiennent tous des parties uniformes.

L'outil RAI-NH actuellement utilisé en Suisse se base sur la version «interRAI 2.0» que l'entreprise QSys a adaptée à la culture, aux besoins et à la législation de la Suisse. Vouloir abandonner au profit de la version «interRAI 3.0 integrated suite» la version utilisée actuellement dans quelque 600 EMS en Suisse, engendrerait des coûts disproportionnés.

De plus, grâce aux adaptations de l'outil déjà effectuées ou actuellement en cours, la version de l'outil utilisée dans les EMS en Suisse se rapproche de la version «interRAI 3.0». En effet, l'obtention de la licence InterRAI pour la création d'un outil national est liée à une obligation de concordance de 95% avec l'outil original. Dans les faits, l'entreprise Q-Sys travaille à l'élaboration d'un nouveau formulaire MDS. Ce nouveau MDS facilitera l'échange des informations entre les Services d'aide et de soins à domicile et les EMS, lorsque les premiers auront adapté le RAI home care (RAI-HC) aux exigences du réseau interRAI.

Dans leur postulat, les députés Marie-Christine Baechler et Marc-Antoine Gamba se posent la question de savoir s'il est possible de ramener les exigences d'écriture en lien avec l'outil RAI-NH à celles de l'outil RAI-HC. La période d'observation prévue pour déterminer le besoin en soins des personnes vivant à domicile est de 3 jours. Le questionnaire d'évaluation du RAI-HC comprend 244 questions et, si nécessaire, il est complété par un module RAI spécifique pour l'aide au ménage. Dans le RAI-NH, le délai d'observation a été ramené à 7 jours, grâce au MDS 2016; celui-ci comprend 440 questions. Ces différences s'expliquent par le fait que dans les EMS, la prise en charge de la personne est globale et est organisée sur 24 heures, alors que les soins à domicile sont prodigués de manière ponctuelle. De ce fait, même avec la nouvelle version du MDS pour le RAI-NH, actuellement en cours d'élaboration, le nombre de questions ne pourra guère être réduit. Concernant une nouvelle réduction du nombre de journées d'observation, cette possibilité fera l'objet d'un test en 2018.

## 4.2. Diminution des contraintes administratives pour les médecins

Conformément à l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) et afin que le coût des soins soit pris en charge par les assureurs, l'EMS doit procéder à une évaluation des besoins en soins de la personne et disposer d'une prescription médicale.

Le manuel RAI explique le rôle du médecin qui intervient dans le processus d'évaluation de la personne. Celui-ci doit signer le MDS une fois par année, pour confirmer que les besoins en soins du résidant ou de la résidente ont bien été identifiés. Une simplification du système à ce niveau n'est pas envisagée.

## 4.3. Transparence entre les items RAI et les prestations OPAS

Sur la base des réponses données au questionnaire du MDS, chaque personne évaluée peut être classée dans un RUG. Ces RUGs ont été créés par des méthodes statistiques de classification automatique et considèrent les prestations financées selon l'OPAS. Pour les EMS, il existe au total 44 RUGs et à chaque RUG correspondent des minutes de soins. Ces minutes de soins permettent de classer les personnes selon les 12 niveaux de soins prévus par la législation fédérale pour le financement de l'assurance obligatoire des soins qui font eux-mêmes référence à des minutes de soins.

Les RUGs sont comparables aux DRGs dans le domaine des soins hospitaliers. Ils permettent de répartir les personnes en fonction de leurs besoins et leur attribuer le niveau de soins qui leur correspond.

## 4.4. Montants investis pour les formations RAI par les EMS

Le montant investi par les EMS pour les formations RAI organisées par Q-Sys se montait en 2014 à 10% du montant total payé par les EMS pour la formation continue de leur personnel (15% en 2012 et 2013). Pour comparaison, en 2014, le montant versé pour les formations continues en psychogériatrie, en soins palliatifs et pour les CAS ou DAS s'élevait à 40% du montant global.

En outre, pour les années 2011 à 2015, 20% du montant autorisé pour le financement des formations continues du personnel de soins et d'accompagnement de l'ensemble des EMS n'a pas été utilisé. Ces chiffres démontrent que les formations RAI n'ont pas prêté la participation du personnel de soins et d'accompagnement à d'autres formations.

Une comparaison des prix pratiqués par le fournisseur de l'outil d'évaluation BESA a démontré que les coûts facturés par l'entreprise Q-Sys, que ce soient pour la formation du personnel ou pour les licences et la mise en place du logiciel,

étaient semblables. Il s'agit donc de prix similaires pour des produits comparables.

## 5. Conclusion

L'introduction, au 1<sup>er</sup> janvier 2012, de l'outil RAI-NH dans les EMS du canton de Fribourg fait suite à l'entrée en vigueur de la loi fédérale du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins. Cette loi exige que, dans les EMS, le financement des soins par l'assurance obligatoire des soins soit déterminé sur la base de 12 niveaux, alors que dans le canton de Fribourg, il se fondait jusqu'à la fin de l'année 2011 sur 4 niveaux.

En juillet 2016, le SPS a transmis à la DSAS un premier rapport sur la mise en œuvre de l'outil RAI dans les EMS du canton après trois années d'utilisation. Ce rapport démontre qu'aux dires de la grande majorité du personnel qui l'utilise, l'outil RAI a rendu les soins plus professionnels au sein des EMS fribourgeois, grâce à une documentation claire et exhaustive. Des mesures ont d'ores et déjà été prises pour pallier certaines lacunes constatées depuis son introduction. Les Services de la DSAS collaborent avec les responsables RAI des EMS en vue d'optimiser de manière continue l'utilisation de l'outil dans le canton de Fribourg. Ils coopèrent aussi avec les administrations des autres cantons dans lesquels l'outil RAI est utilisé à son amélioration.

En conclusion, le Conseil d'Etat invite le Grand Conseil à prendre acte du présent rapport.

---