

Institut universitaire de médecine sociale et préventive - IUMSP
Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique - CEESAN
Centre d'observation et d'analyse du vieillissement - COAV

Implémentation clinique de la démarche interRAI dans les EMS vaudois : évaluation d'un projet pilote

Anne Cattagni Kleiner, Jérôme Debons, Stéphanie Pin, Thomas Simonson, Brigitte Santos-Eggimann, Laurence Seematter-Bagnoud

RAISONS DE SANTÉ 297 – LAUSANNE


UNIL | Université de Lausanne



Raisons de santé 297

Etude financée par : Service de la santé publique du canton de Vaud.

Citation suggérée Cattagni Kleiner A, Debons J, Pin S, Simonson T, Santos-Eggimann B, Seematter-Bagnoud, L. Implémentation clinique de la démarche interRAI dans les EMS vaudois : évaluation d'un projet pilote. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2019. (Raisons de santé 297).
<http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/297>

Remerciements

A M. Camille Angelo-Aglione et Mme Andreina D'Onofrio, respectivement chef de projet coRAI EMS et coordinatrice clinique pour HévivA/FEDEREMS

A Mme Nathalie Wellens, responsable du programme coRAI, et à M. Mauro Mayer, Programme Manager, au sein du Service de la santé publique du canton de Vaud

A Mme Cheryl Perry, Senior Coordinator, et à Mme Patricia Hanna, Clinical Specialist, Standards and Support, et à M. Geri St. Louis, Canadian Institute for Health Information

Aux professionnels des EMS qui ont pris part au pilote, pour leur disponibilité et implication à toutes les phases de l'évaluation (questionnaires, études de cas et focus groups)

A Mme Amani Bathily, IUMSP, pour son aide à la collecte des données des tableaux de bord et à leur analyse

A Mme Katarina Vujovic et à M. Loïc Salomé, IUMSP, pour leurs retranscriptions.

Date d'édition Février 2019

Table des matières

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Résumé..... | 7 |
| 1.1 | Introduction..... | 9 |
| 1.2 | Objectifs de l'évaluation..... | 10 |
| 1.3 | Méthodes..... | 10 |
| 1.4 | Résultats..... | 10 |
| 1.4.1 | Faisabilité de la démarche iSLD..... | 10 |
| 1.4.2 | Acceptabilité de la démarche iSLD..... | 11 |
| 1.4.3 | Leviers et obstacles à la démarche iSLD..... | 12 |
| 1.5 | Conclusion..... | 12 |
| 2 | Introduction..... | 15 |
| 2.1 | Contexte..... | 17 |
| 2.1.1 | Organisation habituelle des EMS du Canton de Vaud..... | 17 |
| 2.1.2 | Caractéristiques des EMS participant au pilote..... | 18 |
| | Procédure d'évaluation des résidents..... | 18 |
| | Les outils PLAISIR et PLEX..... | 18 |
| | Le plan de soins et le projet d'accompagnement..... | 19 |
| | Présence d'un dossier informatisé du résident..... | 19 |
| 2.2 | Objectifs du projet pilote..... | 19 |
| 2.3 | Description du projet pilote..... | 20 |
| 2.3.1 | Recrutement des EMS et motivations à participer..... | 20 |
| 2.3.2 | Professionnels impliqués au sein des EMS..... | 20 |
| | Profil des professionnels impliqués..... | 21 |
| 2.3.3 | Formation à la démarche iSLD..... | 21 |
| 2.3.4 | Objectifs de conduite des évaluations iSLD..... | 22 |
| 2.3.5 | L'instrument iSLD..... | 23 |
| 2.3.6 | Critères d'inclusion des résidents..... | 23 |
| 3 | Objectifs et questions d'évaluation..... | 25 |
| 4 | Méthodes..... | 29 |
| 4.1 | Cadre général d'analyse..... | 31 |
| 4.3 | Collecte de données..... | 32 |
| 4.3.1 | Questionnaires de fin de formation..... | 32 |
| 4.3.2 | Tableaux de bord..... | 33 |
| 4.3.3 | Etudes de cas..... | 33 |
| 4.3.3 | Questionnaires de fin de pilote..... | 33 |
| 4.3.4 | Entretiens..... | 33 |
| 4.3.5 | Focus groups..... | 33 |
| 4.3.6 | Données contextuelles des EMS..... | 34 |
| 4.3.6 | Données agrégées des évaluations iSLD..... | 34 |
| 4.4 | Analyse des données..... | 34 |

| | |
|---|-----------|
| 4.5 Limites de l'évaluation | 34 |
| 5 Résultats..... | 35 |
| 5.1 Faisabilité de la démarche iSLD | 37 |
| 5.1.1 Profil des résidents évalués | 37 |
| 5.1.2 Mise en œuvre de la démarche iSLD | 37 |
| Communication relative au projet pilote..... | 37 |
| Ressources dédiées au pilote..... | 37 |
| Réalisation des évaluations..... | 38 |
| Sélection des résidents à évaluer | 38 |
| Collecte d'informations pour l'évaluation iSLD..... | 38 |
| Implication de différents types de professionnels dans la démarche iSLD | 39 |
| Présentation des résultats de l'évaluation ISLD..... | 40 |
| Influence des variables locales : exemples observés en études de cas | 40 |
| 5.1.3 Adéquation de la formation | 42 |
| Formation initiale (modules collectifs) | 42 |
| Accompagnement sur le terrain..... | 42 |
| Soutien au cours du pilote | 43 |
| Evaluation globale de la formation et de l'accompagnement sur le terrain..... | 43 |
| 5.1.4 Satisfaction quant aux aspects informatiques..... | 43 |
| Evaluation du logiciel utilisé..... | 43 |
| Interface avec le système existant | 44 |
| 5.2 Acceptabilité de la démarche iSLD dans les EMS | 46 |
| 5.2.1 Avis quant à l'outil iSLD..... | 46 |
| 5.2.2 Plus-value et limites de la démarche iSLD | 47 |
| 5.2.3 Adéquation de la démarche iSLD à la culture d'accompagnement en EMS..... | 55 |
| 5.3 Réflexions des professionnels sur les conditions d'un déploiement de la démarche iSLD ... | 56 |
| 5.3.1 Place d'une démarche interRAI par rapport au système actuel | 56 |
| 5.3.2 Un accompagnement au changement plus large | 56 |
| 5.3.3 Rôles et responsabilités..... | 56 |
| 5.3.4 Fréquence des ré-évaluations..... | 57 |
| 5.3.5 Intégration des outils..... | 57 |
| 5.3.6 Une équation à plusieurs inconnues..... | 57 |
| 6 Discussion..... | 59 |
| 7 Conclusions | 65 |
| 8 Recommandations..... | 69 |
| 9 Références | 74 |
| 10 Annexes | 78 |

Liste des tableaux

| | | |
|-----------|---|----|
| Tableau 1 | Influence des variables locales dans la mise en œuvre du pilote : deux exemples observés en études de cas..... | 41 |
| Tableau 2 | Synthèse des éléments vus en formation, faciles ou difficiles à mettre en œuvre | 43 |
| Tableau 3 | Critiques relatives aux items de l'iSLD | 46 |
| Tableau 4 | Critiques relatives aux alertes et échelles de l'iSLD..... | 47 |
| Tableau 5 | Leviers et obstacles à l'adoption de la démarche iSLD | 63 |
| Tableau 6 | Recommandations à prendre en compte avant une implémentation de la démarche iSLD au niveau cantonal, par dimension organisationnelle..... | 71 |

Liste des figures

| | | |
|----------|---|----|
| Figure 1 | Etapas de la démarche d'évaluation iSLD | 22 |
| Figure 2 | Design pour l'évaluation du projet coRAI EMS | 32 |
| Figure 3 | Modalités et durée de la récolte d'information | 39 |
| Figure 4 | Avis des évaluateurs, à la fin du pilote, quant à une plus-value clinique de la mise en place de la démarche iSLD | 48 |
| Figure 5 | Avis des coordinateurs et observateurs, à la fin du pilote, quant à une plus-value clinique de la mise en place de la démarche iSLD | 48 |
| Figure 6 | Fréquence à laquelle de nouveaux éléments ont été identifiés chez les résidents grâce à la démarche iSLD, dans différents domaines | 49 |
| Figure 7 | Avis des coordinateurs sur une plus-value de la démarche iSLD pour le partage d'informations avec différents interlocuteurs..... | 50 |
| Figure 8 | Avis des évaluateurs sur la fréquence à laquelle l'introduction de la démarche iSLD a abouti à la modification du plan de soins et d'accompagnement | 53 |

Liste des abréviations

| | |
|------------|--|
| ASSC : | Assistant·e en soins et santé communautaire |
| AVQ : | Activités de la vie quotidienne |
| coRAI: | Programme de coordination des soins renforcés grâce à la suite interRAI |
| CAP : | Clinical Assessment Protocol |
| DIR : | Dossier informatisé du résident (géré par l'entreprise SADIES à Renens) |
| EMS : | Etablissement médico-social |
| FEDEREMS : | Fédération patronale des EMS vaudois |
| ICIS : | Institut canadien d'information sur la santé |
| IUMSP : | Institut universitaire de médecine sociale et préventive |
| HéviVA : | Association d'EMS vaudois, anciennement AVDEMS |
| interRAI : | Organisation internationale qui développe une suite d'outils d'évaluation multidimensionnelle, issus de la méthode RAI |
| IA : | Infirmier assistant·e |
| iSLD : | interRAI Soins Longue Durée, traduit de l'anglais « interRAI® Long Term Care Facilities » |
| OPAS : | Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins |
| PLAISIR : | Planification informatisée des soins infirmiers requis |
| PLEX: | Outil d'évaluation à remplir dans les trois jours après admission permettant la facturation dans l'attente d'une évaluation PLAISIR plus détaillée |
| RAI : | Resident Assessment Instrument (ancienne génération d'interRAI) |
| RUGs : | Resources Utilization Groups |
| SIEMS : | Système d'Information pour les Etablissements Médicalisés ou de Soins |
| SSP : | Service de la santé publique |

1

Résumé

1 Résumé

1.1 Introduction

Le canton de Vaud s'est investi depuis quelques années dans des projets pilotes visant l'amélioration de la coordination et la continuité des soins. Un Exposé des motifs et projet de décret portant sur le développement d'outils et de processus favorisant la continuité et la coordination des soins a été adopté par le Grand Conseil en décembre 2016^a. Ce décret prévoit notamment le déploiement du programme coRAI^b du Service de la santé publique (SSP). Ce programme vise à introduire un langage commun dans le domaine de l'évaluation multidimensionnelle des personnes âgées en implémentant la suite interRAI^c dans différents lieux de soins.

Dans ce contexte, un projet pilote a été mené dans 12^d établissements médico-sociaux (EMS) volontaires pour tester l'utilisation clinique de la démarche interRAI[®] Soins Longue durée (ci-après iSLD), entre octobre 2017 et avril 2018. Depuis la fin des années 1990, les EMS du canton de Vaud utilisent l'outil PLAISIR[®] (Planification informatisée des soins infirmiers requis)^e à des fins d'allocation des ressources, cette méthode permettant de classer les résidents en long séjour selon l'importance de leurs besoins en soins. Cependant, les informations collectées par l'outil PLAISIR ne sont que rarement utilisées pour la prise en charge clinique. Il n'existe par ailleurs pas de pratique uniforme et standardisée, dans les EMS du canton de Vaud, pour évaluer la situation clinique (problèmes, capacités et ressources) des résidents et élaborer leurs plans de soins.

Une équipe projet a été constituée en partenariat entre les associations faîtières des EMS vaudois (HéviVA/FEDEREMS), avec un chef de projet chargé de l'organisation du pilote et une coordinatrice clinique chargée de l'accompagnement des participants. Après une formation de 3 jours, chaque infirmier évaluateur était chargé de réaliser au minimum 15 évaluations de résidents, dont cinq pour lesquels la démarche devait être complète. Des infirmiers coordinateurs ont également été nommés pour faciliter l'intégration de la démarche dans les établissements. Enfin, les responsables des 12 EMS participant au pilote devaient être, en tant qu'observateurs, régulièrement informés de la mise en œuvre de la démarche.

^a Source : <https://www.vd.ch/autorites/grand-conseil/seance-du-mardi-6-et-mercredi-7-decembre-2016/expose-des-motifs-et-projet-de-decret-sur-le-developpement-doutils-et-de-processus-favorisant-la-continuite-et-la-coordination-des-soins/>

^b Programme de coordination des soins renforcé grâce à la suite interRAI.

^c Suite d'outils d'évaluation clinique multidimensionnelle et standardisée des besoins, adaptée à chaque lieu de soins (domicile, long séjour, soins aigus, etc.). Ces outils d'évaluation s'appuient sur un langage commun qui vise l'amélioration de la continuité des soins lorsqu'un patient passe d'un environnement de prise en charge à un autre.

^d Parmi les quelque 140 EMS que compte le canton de Vaud.

^e La méthode PLAISIR est une méthode de mesure de la charge en soins requis, développée dans les années 1980 au Canada pour les institutions de long séjours par EROS (Equipe de recherche opérationnelle en santé).

1.2 Objectifs de l'évaluation

Le SSP a mandaté l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) pour une évaluation du projet pilote afin de l'aider à la prise de décision concernant le déploiement cantonal de la démarche iSLD dans les EMS. Les objectifs d'évaluation sont les suivants :

- examiner **la faisabilité** de la démarche iSLD dans les EMS et documenter sa mise en œuvre ;
- examiner **l'acceptabilité** de la démarche iSLD pour les professionnel-le-s des EMS de long séjour et notamment son **apport au niveau clinique** ;
- examiner **les leviers et obstacles** à la démarche iSLD dans les EMS vaudois, et en particulier identifier les facteurs individuels, organisationnels, financiers et contextuels pouvant faciliter ou entraver l'implémentation de l'outil iSLD.

1.3 Méthodes

Le design évaluatif repose sur des méthodes mixtes qui incluent des tableaux de bord, des études de cas (observations dans 2 EMS), des questionnaires adressés aux professionnels suite à la formation et en fin de pilote, ainsi que des focus groups et des entretiens.

L'analyse globale (triangulation) repose sur un cadre théorique considérant la mise en œuvre de la démarche iSLD dans un EMS comme un processus d'innovation organisationnelle complexe. L'analyse envisage ainsi les impacts de la démarche d'un point de vue structurel, technique, culturel et stratégique.

1.4 Résultats

1.4.1 Faisabilité de la démarche iSLD

La mise en œuvre du pilote s'est déroulée de manière satisfaisante. Le nombre d'évaluations prévues a été atteint, ou presque atteint, par 10 des 12 EMS. Deux établissements semblent avoir adopté la démarche de manière complète, y inclus le suivi de la situation du résident à l'aide des alertes ou échelles de l'iSLD, pour la majorité des résidents évalués.

La collecte d'informations pour renseigner l'iSLD repose en grande partie sur l'observation. La plupart des évaluations requièrent aussi un moment d'entretien avec le résident (en moyenne 30 minutes) et/ou de recherche dans le dossier (en moyenne 20 minutes). Le recours à d'autres sources d'informations, comme la famille du résident, est plus variable.

La réalisation des évaluations iSLD a reposé, le plus souvent, sur l'implication d'autres professionnels du secteur des soins (soignants de type ASSC) et du secteur socio-culturel. Cette collaboration, plutôt attendue dans un contexte de travail en équipe interdisciplinaire, met en

lumière l'importance d'une bonne information, voire d'une formation minimale à la démarche iSLD chez ces collaborateurs, et de leur prise en compte dans les planifications et dotations.

Au-delà de l'effet de doublon, attendu, qu'a généré l'introduction de la démarche iSLD dans le contexte des procédures d'évaluations habituelles et des systèmes informatiques en place, la réalisation des évaluations iSLD est perçue comme étant assez chronophage, du moins en phase d'apprentissage. Si des stratégies pour réintroduire les alertes iSLD dans les catégorisations problèmes-objectifs-interventions habituellement utilisées ont été trouvées durant le pilote, il est évident que la généralisation de la démarche iSLD n'a de sens aux yeux des soignants qu'à la condition d'une intégration avec le système informatique en place dans les EMS.

Globalement, les modules de formation correspondaient aux objectifs d'apprentissage des professionnels. En fin de pilote, les infirmiers évaluateurs s'estimaient capables de réaliser les évaluations iSLD, d'en comprendre les résultats et de les analyser, indiquant une bonne appropriation de l'outil. De même, le logiciel de saisie des données était jugé facile à utiliser et les supports d'utilisation ont été considérés comme utiles et adéquats. La traduction en plans de soins et d'accompagnement figurait parmi les éléments plus difficiles à mettre en œuvre, bien que facilitée par les modules d'accompagnement sur le terrain, très appréciés et jugés comme essentiels à la bonne intégration de la démarche dans la pratique. Ce constat indique que le module de formation collective sur l'analyse des résultats cliniques et leur traduction en prise en charge était probablement insuffisant, et gagnerait à être renforcé tout en maintenant l'accompagnement sur le terrain. Quant au format, seule la visioconférence ne recevait pas l'adhésion des professionnels, en raison de problèmes techniques et d'une possibilité d'interaction plus limitée.

1.4.2 Acceptabilité de la démarche iSLD

Les perceptions des professionnels à l'égard de la démarche iSLD (acceptabilité et plus-value au niveau clinique) délivrent un constat global plutôt positif malgré quelques réserves quant à l'outil lui-même et à l'utilisation des résultats pour l'élaboration des plans de soins.

Si l'outil iSLD a été jugé d'appropriation aisée et son contenu globalement adéquat, quelques critiques ont été émises par les professionnels. Quelques-uns parmi la septantaine d'items pourraient être supprimés car peu pertinents en EMS, ce qui contribuerait à raccourcir l'outil, jugé globalement trop long. Par ailleurs, les questions relatives à quelques items ont été considérées comme délicates à poser en raison d'un caractère intrusif, sentiment qui est sans doute en partie attribuable à un manque de formation spécifique.

L'outil est aussi estimé comme peu adapté aux situations de résidents atteints de troubles de santé mentale ou de handicaps visuels. Cette critique est relevée au vu de la prévalence élevée de ces situations dans certains EMS, ainsi que de l'existence d'outils de la suite interRAI spécifiques à ces problématiques.

La majorité des professionnels reconnaît des effets positifs de la démarche iSLD pour les équipes de soins, notamment via l'objectivité et la standardisation des évaluations, la mobilisation de l'équipe autour de la situation des résidents et la valorisation de l'analyse des situations. La vue d'ensemble du résident et la synthèse des résultats de l'évaluation sous forme d'alertes et

d'échelles sont des apports appréciés. Cependant, les professionnels déplorent que ces résultats ne soient pas plus fournis, au vu de la quantité d'items à renseigner lors de l'évaluation, et en dépit de la possibilité d'y faire figurer les commentaires ajoutés lors du codage des items. Le pilote a révélé quelques difficultés à intégrer l'étape de traduction des résultats iSLD dans l'élaboration des plans de soins et d'accompagnement. Là encore, un renforcement de la formation est à envisager, mais ces difficultés sont aussi probablement liées à des pratiques différenciées chez les soignants en fonction de leurs parcours et compétences antérieurs. De même, la durée courte du pilote ne permet sans doute pas l'assimilation complète de la démarche dans la pratique.

1.4.3 Leviers et obstacles à la démarche iSLD

Outre la grande motivation des participants au pilote, un autre facteur facilitant la mise en œuvre était le soutien financier du Service de la santé publique, qui a permis de libérer du temps « hors soins » pour les évaluateurs via un ajustement des dotations. Ce temps dédié était d'autant plus précieux que la durée d'une évaluation iSLD s'est révélée plus longue que prévue, du moins les premiers mois. D'autres aménagements ont été consentis par les EMS au niveau de leur organisation, notamment une réorganisation de la structure des colloques interdisciplinaires pour présenter les résultats des évaluations iSLD.

La bonne communication entre les professionnels des EMS et l'équipe de projet Héviva/FEDEREMS, de même que le soutien apporté par cette dernière, ont contribué à maintenir la motivation des professionnels.

L'appropriation de la démarche iSLD était facilitée sur le plan conceptuel par le fait qu'elle était considérée comme en phase avec la culture d'accompagnement actuelle des EMS. Sur le plan technique, l'utilisation dans les EMS d'outils d'évaluation clinique, ainsi que d'un système informatisé de gestion administrative et clinique des résidents, ont rendu l'assimilation de la démarche plus facile. En contrepartie, l'effet doublon résultant de la non-intégration du logiciel utilisé pour le pilote et du système habituel de l'EMS a provoqué une perte de temps et d'efficacité. Enfin, le fait de disposer d'outils bien connus et considérés comme appropriés a pu générer un frein au changement chez certains professionnels.

Finalement, les apports et limites relevant de l'utilisation clinique étant déjà mentionnés dans la section précédente, citons ici à un niveau plus stratégique les apports potentiels perçus pour la continuité des soins via un langage interinstitutionnel, mais aussi des craintes exprimées quant à la traduction en temps de soins et aux aspects financiers qui y sont liés.

1.5 Conclusion

La bonne participation des professionnels à la réalisation des évaluations iSLD et à l'application de la démarche dans son entier témoigne de sa faisabilité. De plus, la démarche est globalement bien perçue et sa plus-value clinique est relevée, malgré certaines réserves quant au contenu de l'outil, à la bonne application de la démarche et aux aménagements structurels et techniques qui seraient nécessaires pour le déployer durablement dans les établissements.

Ces résultats doivent cependant être considérés en tenant compte de l'échantillon restreint et non représentatif des EMS, des professionnels, ainsi que des résidents intégrés au projet pilote.

Les constats de cette évaluation font l'objet de recommandations présentées dans la section correspondante du rapport. Ces recommandations intègrent les aspects à maintenir ou renforcer dans la perspective d'un déploiement, ainsi que les points à améliorer avant de pouvoir considérer l'implémentation de la démarche iSLD (adaptation de l'outil, prise en compte des résidents exclus par le protocole du pilote, nécessité d'une interface avec le système informatique actuel, mesures favorisant la traduction des résultats en plan de soins, dotation des collaborateurs impliqués).

Relevons que le positionnement des professionnels quant à la pertinence clinique de la démarche est rendu plus complexe en raison du flou qui entoure actuellement les modalités futures d'application de la démarche iSLD et l'avenir de la méthode PLAISIR, en particulier en ce qui concerne le financement des soins. Une réflexion plus poussée sur l'implémentation ne sera possible qu'après information de la part des instances publiques et politiques sur les finalités de l'instrument. L'objectif étant de disposer, à terme, d'un outil commun le plus adapté possible aux besoins des professionnels et performant dans l'appréciation clinique des résidents.

2

Introduction

2 Introduction

2.1 Contexte

Depuis 2012, le canton de Vaud s'est investi dans des projets pilotes visant l'amélioration de la coordination et la continuité des soins. Un Exposé des motifs et projet de décret portant sur le développement d'outils et de processus favorisant la continuité et la coordination des soins a été adopté par le Grand Conseil en décembre 2016^f. Ce décret prévoit notamment le déploiement du programme coRAI (Programme de coordination des soins renforcé grâce à la suite interRAI[®]) visant, dans une première phase, à mener des projets pilote pour préparer l'implémentation d'outils interRAI dans différents lieux de soins. La suite interRAI[®] consiste en une famille d'outils permettant une évaluation clinique multidimensionnelle et standardisée des besoins, adaptée à chaque lieu de soins (domicile, long séjour, soins aigus, etc.). Ces outils, développés par le consortium interRAI sur la base des outils RAI initiaux, s'appuient sur un langage commun qui favorise la continuité des soins lorsqu'une personne passe d'un environnement de prise en charge à un autre (par exemple, des services médico-sociaux à domicile à un établissement médico-social).

L'un de ces projets, mené dans 12 établissements médico-sociaux (EMS) volontaires entre la mi-octobre 2017 et la fin avril 2018, visait à tester dans des unités de long séjour l'utilisation clinique de la démarche interRAI[®] Long Term Care Facilities, traduit en interRAI[®] Soins Longue Durée (ci-après iSLD).

2.1.1 Organisation habituelle des EMS du Canton de Vaud

A l'heure actuelle, et à notre connaissance, bien que la version suisse du RAI Nursing Home⁽¹⁾ soit utilisée dans certains cantons, aucun outil de la suite interRAI[®] n'est encore utilisé dans les EMS. Depuis la fin des années 1990, les EMS du canton de Vaud utilisent l'outil PLAISIR[®] (Planification informatisée des soins infirmiers requis)⁹ à des fins d'allocation des ressources, cette méthode permettant de classer les résidents en long séjour selon l'importance de leurs besoins en soins. Cependant, les informations collectées par l'outil PLAISIR ne sont que rarement utilisées pour la prise en charge clinique. Il n'existe par ailleurs pas de pratique uniforme et standardisée, dans les EMS du canton de Vaud, pour évaluer la situation clinique (problèmes, capacités et ressources) du résident et élaborer les plans de soins.

Les caractéristiques des EMS participant au pilote et leurs modalités d'organisation sont décrites ci-après.

^f Source : <https://www.vd.ch/autorites/grand-conseil/seance-du-mardi-6-et-mercredi-7-decembre-2016/expose-des-motifs-et-projet-de-decret-sur-le-developpement-doutils-et-de-processus-favorisant-la-continuite-et-la-coordination-des-soins/>

⁹La méthode PLAISIR est une méthode de mesure de la charge en soins requis développée dans les années 1980 au Canada pour les institutions de long séjours par EROS (Equipe de recherche opérationnelle en santé).

2.1.2 Caractéristiques des EMS participant au pilote

Les EMS impliqués sont assez diversifiés. Si la majorité a une mission d'EMS « Psychogériatrie compatible », l'un d'eux est spécifiquement dédié à la psychiatrie de l'âge avancé, un autre accueille des personnes très atteintes sur le plan visuel. Leur taille est variable, allant de moins de 40 à plus de 100 lits, et la plupart offre aussi une ou plusieurs structures d'accompagnement médico-social (lits de court-séjours, centre d'accueil temporaire, appartements protégés). La moitié dispose d'infirmiers formés à l'évaluation PLAISIR. Le nombre de lits par infirmier (en équivalent plein-temps) varie entre 6 et 13.

Procédure d'évaluation des résidents

Dans tous les EMS, les modalités de réalisation des évaluations de l'état de santé et des besoins des résidents sont fixées dans un document écrit (procédure interne, règlement).

L'évaluation clinique du résident est habituellement effectuée durant les quatre premières semaines sous la responsabilité des infirmiers. Un certain nombre d'informations sont collectées rapidement après l'admission, qu'il s'agisse de données médicales (tension artérielle, glycémie, médication), relatives à l'alimentation (régimes, etc.), ou aux besoins en soins.

L'ensemble des EMS utilisent des instruments d'évaluation validés, en nombre variable, qui couvrent divers domaines et sont la plupart du temps informatisés. Une évaluation de la douleur (par exemple via une échelle visuelle) et de l'état cognitif (par exemple au moyen du Mini-Mental State Examination) est pratiquée dans tous les EMS. Concernant les autres domaines, sont appliqués notamment des outils d'évaluation de l'état nutritionnel, du risque d'escarres, des troubles dépressifs, du risque de chutes ou des troubles du comportement.

Dans la plupart des établissements (8/11), les évaluations ne sont cependant pas standardisées : les domaines d'évaluation sont sélectionnés selon le jugement clinique.

Il est de règle d'effectuer une réévaluation en cas de changement de la situation du résident, dans tous les EMS. Par ailleurs, dans la moitié des EMS (6/11), une réévaluation périodique est planifiée à intervalles de six mois (4/6), d'un an (1/6), voire de deux ans (1 EMS).

Les outils PLAISIR et PLEX

L'outil PLAISIR se base sur l'analyse des soins requis pour un résident, déterminés par le répertoire précis et détaillé de tous les soins donnés à une personne les sept jours avant l'évaluation (p. ex. pansements, soins d'hygiène et de base, accompagnement, etc.). Cette analyse est utilisée à but de financement. L'évaluation peut être faite par un infirmier de l'EMS, qualifié, ou par un professionnel externe mandaté par l'EMS, ces deux cas de figure existant parmi les EMS du pilote.

Même si deux EMS du pilote tirent des informations de l'évaluation PLAISIR pour la prise en charge de certains de leurs résidents, celle-ci n'est en général pas utilisée à des fins cliniques. En effet, les participants expliquent que PLAISIR est basé sur une évaluation des soins requis, utile à l'obtention de dotations, mais qu'il est moins détaillé que l'ISLD sur certains aspects cliniques.

En complément au système PLAISIR, l'outil PLEX, qui doit être rempli dans les 3 jours après admission et qui permet la facturation dans l'attente d'une évaluation PLAISIR plus détaillée, est en vigueur dans tous les EMS vaudois en vertu d'une décision appliquée dans les cantons romands au 1^{er} janvier 2015^h. Etabli à des fins purement administratives, à l'intention des assurances, il sert à assurer rapidement la continuité du paiement OPASⁱ.

Le plan de soins et le projet d'accompagnement

Le plan de soins et le projet d'accompagnement sont élaborés sur la base des évaluations cliniques à l'admission. Si le degré de formalisation de la démarche varie, la logique d'analyse suivante prévaut: pour chaque résident, les infirmières organisent la réflexion et le travail autour des problèmes observés, des objectifs, et des interventions correspondantes.

Présence d'un dossier informatisé du résident

Chaque EMS interrogé dispose d'un système informatisé du dossier des résidents, qui permet de générer des indicateurs relatifs au risque de chutes, à la douleur, au fonctionnement dans les AVQ, entre autres.

Il est rare que ces indicateurs fournissent une synthèse de la situation du résident ou des statistiques quant à la population de l'EMS.

Dans les deux EMS observés lors des études de cas, le dossier informatisé du résident permet de générer les cartes de soins qui servent de base au travail des auxiliaires de santé et des assistants en soins et santé communautaire (ASSC), en indiquant, chaque jour, la surveillance et les actes à effectuer. Les activités sociales (animations, sorties, etc.) et les observations sur la situation et l'état de santé global du résident y sont consignées quasi quotidiennement. Le dossier informatisé permet ainsi aux membres des équipes interprofessionnelles de communiquer entre eux et d'assurer une traçabilité des actes réalisés.

2.2 Objectifs du projet pilote

Les objectifs du projet de test de la démarche iSLD ont été fixés dans une convention entre le Service de la santé publique (SSP), l'Association vaudoise d'institutions médico-psycho-sociales (HéviVA, anciennement Association vaudoise d'EMS – AVDEMS) et la Fédération patronale des EMS vaudois (FEDEREMS).

Plus spécifiquement, le projet pilote visait à :

- Evaluer la faisabilité et l'acceptabilité de la démarche iSLD dans les EMS vaudois ;
- Estimer l'apport clinique de la démarche iSLD ;

^h Décision de la Commission Technique PLAISIR du 3.12.2014, accessible sous www.ctplaisir.ch.

ⁱ Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins.

- Déterminer les adaptations de l’outil iSLD pour leur utilisation dans le contexte des EMS vaudois ;
- Evaluer les besoins de formation des professionnels et les besoins IT en cas de déploiement

Initialement, le projet pilote devait également servir à « obtenir une estimation de l’impact financier lié à la phase de déploiement pour un usage clinique et pour le financement (Resources Utilization Groups ou RUGs)^k », mais cet objectif a été ajourné au profit d’un pilote ultérieur « coRAI - Temps de soins » impliquant plusieurs cantons romands.

2.3 Description du projet pilote

Dans la perspective de préparer et conduire le pilote, une équipe projet a été constituée en partenariat entre les associations faitières des EMS vaudois (HéviVA/FEDEREMS), avec un chef de projet chargé de l’organisation et de la coordination du pilote, ainsi qu’une coordinatrice clinique chargée de l’accompagnement des participants sur le terrain, comme recommandé par l’équipe coRAI du SSP.

2.3.1 Recrutement des EMS et motivations à participer

Suite à l’appel à volontaires au sein d’HéviVA et auprès de certains membres de la FEDEREMS, 12 EMS ont finalement choisi de participer au pilote. Les motivations principales de leurs responsables étaient de participer à une réflexion sur un projet cantonal, ainsi que de tester un instrument d’évaluation qui pourrait remplacer PLAISIR et qui permette un suivi informatisé. Quant aux cadres et au personnel infirmier sur le terrain, ils ont aussi exprimé leur intérêt à tester la plus-value clinique potentielle de la démarche iSLD et sa capacité à remplacer le système PLAISIR.

Les EMS ont reçu un défraiement pour le temps supplémentaire investi, au prorata du nombre d’évaluations effectuées.

2.3.2 Professionnels impliqués au sein des EMS

Un cahier des charges défini par l’équipe coRAI du SSP a été établi entre chaque EMS et HéviVA/FEDEREMS. Il prévoyait la mise en place d’une équipe d’évaluation composée au minimum d’un infirmier évaluateur, soignant accompagnant le résident et élaborant le plan de soins, et d’un coordinateur, plutôt un infirmier avec fonction de responsable, chargé de porter le projet au sein de l’établissement. Chaque EMS devait également nommer un observateur, dans la grande majorité des cas le directeur de l’EMS, qui était informé par les chefs de projet HéviVA/FEDEREMS de l’évolution du projet, en parallèle aux coordinateurs (un des observateurs représentait 2 EMS).

^j Méthode de cas-mix générée par le système interRAI, information disponible sous www.interai.org/classification

^k Source : Convention entre HéviVA, la FEDEREMS et le SSP.

Concernant les évaluateurs, l'équipe de projet au sein du SSP avait conseillé, sur la base de précédentes expériences, d'impliquer plusieurs évaluateurs par établissement afin de faciliter l'apprentissage de l'outil et l'implémentation de la démarche dans les processus usuels, via les échanges entre évaluateurs. Dans les faits, 6 EMS volontaires sur 12 ont identifié un seul évaluateur, 3 EMS en ont identifié 2, et le dernier EMS avait initialement prévu 3 évaluateurs, soit un total de 19. Deux évaluateurs ont quitté le projet pour cause de surcharge, un autre a repris le rôle de coordinateur, de sorte que 16 évaluateurs ont été effectivement actifs durant toute la durée du pilote.

Par ailleurs, à l'issue du pilote, chaque coordinateur devait rédiger « un plan d'action sur les aménagements nécessaires » pour une phase de déploiement, à l'intention des chefs de projet HévivA/FEDEREMS.

Profil des professionnels impliqués

Si la majorité des coordinateurs présentait une expérience de plus de 10 ans dans le milieu de l'hébergement médico-social, le nombre d'années d'expérience des évaluateurs était plus variable, mais d'au moins 2 ans. En lien avec cette expérience, les formations post-grade étaient fréquentes chez les infirmiers coordinateurs (spécialisés notamment en gérontologie et gériatrie, parfois en gestion ou management) mais plus rares chez les évaluateurs. A noter que 3 évaluateurs et environ la moitié des coordinateurs ont conduit, récemment ou autrefois, des évaluations PLAISIR au sein de leur établissement. Plus de la moitié des évaluateurs et coordinateurs avaient connaissance de la méthode RAI, soit d'outils précurseurs de l'iSLD, quatre d'entre eux l'ayant déjà utilisée.

2.3.3 Formation à la démarche iSLD

Les infirmiers évaluateurs et les coordinateurs ont été formés à l'utilisation de l'outil, du logiciel et, plus globalement, à la démarche iSLD au cours de 3 jours de formation, organisés en octobre-novembre 2017 par le SSP avec le soutien de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et HévivA. Elle comportait 4 modules de base, auxquels se sont ajoutés en cours de pilote 2 modules sur le terrain:

- Module 1 (2h, en groupe) : introduction à la démarche interRAI® par une intervenante de ICIS, en visio-conférence.
- Module 2 (1j, en groupe) : utilisation du manuel de l'utilisateur iSLD pour interpréter et appliquer les normes de codification.
- Module 3 (1j, en groupe) : utilisation du logiciel de saisie d'évaluations iSLD sur tablette.
- Module 4 (1/2j en groupe; après la réalisation d'au moins 2 évaluations) : utilisation des résultats d'évaluations iSLD (alertes et échelles, guides d'analyse) pour définir l'offre en soins et la concertation interdisciplinaire.

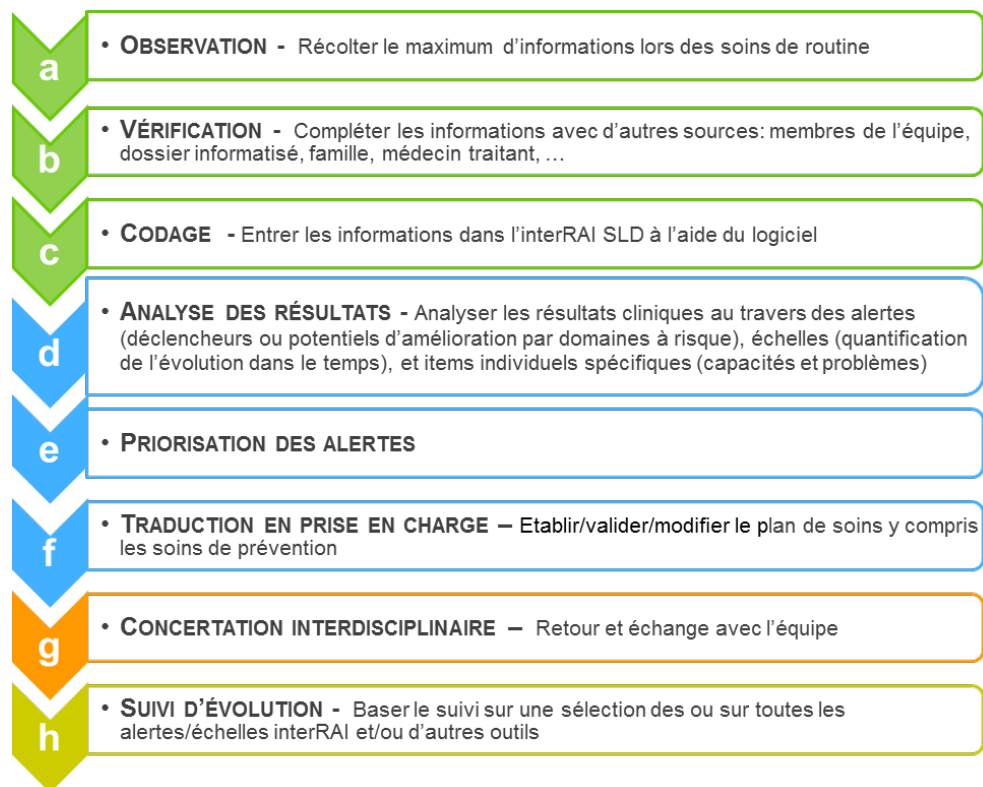
Ces premiers modules étaient également ouverts aux observateurs. Les modules sur le terrain étaient les suivants :

- Module 5 (environ 2h) : soutien individuel de terrain (interprétation des résultats cliniques) par la coordinatrice clinique HévivA/FEDEREMS auprès des évaluateurs.
- Module 6 (environ 2h) : participation de la coordinatrice clinique HévivA/FEDEREMS à une réunion en concertation interdisciplinaire dans chaque EMS (utilisation des résultats iSLD dans les plans de soins et d'accompagnement).

2.3.4 Objectifs de conduite des évaluations iSLD

Chaque infirmier évaluateur était chargé de réaliser un minimum de 15 évaluations de résidents au moyen de l'outil iSLD. Ce nombre a été fixé pour prendre en compte le temps d'apprentissage de la nouvelle démarche et garantir que les professionnels aient un niveau d'expérience suffisant et une appréciation plus complète de la démarche iSLD à l'issue de la phase pilote, lors de son évaluation. La Figure 1 présente les étapes de la démarche d'évaluation complète au moyen de l'outil iSLD.

Figure 1 Etapes de la démarche d'évaluation iSLD



Source: Service de la santé publique du canton de Vaud

La réalisation des évaluations devait être répartie de manière uniforme entre le début et la fin du projet. Parmi ces quinze évaluations, au moins 5 évaluations devaient être complètes (du point a au point h).

2.3.5 L'instrument iSLD

Pour le pilote, la version canadienne française de l'interRAI Long-Term Care Facilities (LTCF version 9.1.2 ; 2012) a été adaptée au contexte local^l. Ses 17 sections portent sur: les renseignements d'identification; l'admission et les antécédents; la cognition; la communication et la vision; l'humeur et le comportement; le bien-être psychosocial; les capacités fonctionnelles; la continence; les diagnostics médicaux; l'état de santé; l'état buccal et nutritionnel; l'état de la peau; les activités; les médicaments; les traitements et interventions; la possibilité de sortie ; et la sortie. Au total, cette version comporte 79 items et 253 sous-items.

L'iSLD peut alerter sur 22 dimensions différentes que sont: la promotion de l'activité physique; le déclin dans les AVQ; la contention physique; la perte cognitive; l'état confusionnel; la communication (déclin); les troubles de l'humeur; les troubles du comportement; les activités sociales; les relations sociales; les chutes; la douleur; les ulcères de pression; les affections cardiorespiratoires; le risque de malnutrition; la déshydratation; la sonde d'alimentation; la prévention; la médication; la consommation d'alcool et de tabac; l'incontinence urinaire; les problèmes intestinaux. Chacune de ces alertes fait l'objet d'un protocole d'analyse clinique proposant des pistes diagnostiques et de traitement, inclus dans un guide d'analyse interRAI^m.

Il génère 13 échelles de suivi dans les domaines suivants: la cognition; l'état fonctionnel; la dépression; la communication; l'état de santé; les atteintes sensorielles; les comportements agressifs; l'engagement social; les ulcères de pression; la douleur; et le poids.

Pour le pilote, un logiciel de saisie et de traitement des données des évaluations iSLD a été choisi par le SSP sur la base d'une liste de critères pré-établis.

2.3.6 Critères d'inclusion des résidents

Les infirmiers évaluateurs devaient choisir pour l'évaluation iSLD des résidents qu'ils connaissaient bien ou dont ils étaient le référent, sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion précisés dans le cahier des charges (résidents admis depuis 4 jours ou plus, ne présentant pas de troubles de santé mentale tels que schizophrénie, dépression majeure, addictions, entre autres, ni de handicap mental, de handicap moteur cérébral ou en fin de vie). Ces critères ont été fixés pour faciliter l'appropriation de l'outil iSLD par les professionnels, auxquels il a été conseillé, lors de la formation, d'éviter les cas complexes pour les premières évaluations. Par ailleurs, la suite interRAI[®] comporte d'autres outils plus adaptés aux situations exclues (par exemple sur la santé mentale, sur les soins palliatifs) qu'il n'était pas prévu de tester durant ce projet pilote.

^l Les instruments interRAI étant protégés par une licence, l'iSLD ne peut être reproduit intégralement. Pour plus d'informations, le lecteur peut s'adresser aux auteurs du présent rapport ou à l'adresse e-mail: info.santepublique@vd.ch.

^m Morris JN et al. Guides d'analyse interRAI par domaine d'intervention (GAD) pour les soins à domicile et soins de longue durée en établissement, version 9.3, Edition française, Washington DC.

3

Objectifs et questions d'évaluation

3 Objectifs et questions d'évaluation

En juillet 2017, le SSP a mandaté l'IUMSP pour une évaluation du projet pilote afin de l'aider à la prise de décision concernant le déploiement cantonal de la démarche iSLD dans les EMS. Les objectifs d'évaluation sont les suivants :

- Examiner la **faisabilité de la démarche iSLD** dans les EMS et documenter sa mise en œuvre ;
- Examiner l'**acceptabilité de la démarche iSLD** pour les professionnel-le-s des EMS de long séjour ; et notamment **son apport au niveau clinique** ;
- Examiner les **conditions d'implémentation** de la démarche iSLD dans les EMS vaudois.

Plus spécifiquement, les questions d'évaluation auxquelles ce rapport cherche à répondre sont les suivantes :

- Questions générales relatives à la **faisabilité de la démarche iSLD dans les EMS** :
 - Les processus de mise en œuvre ont-ils été conformes à ce qui était prévu ?
 - Comment les EMS se sont-ils organisés pour réaliser la démarche iSLD ?
 - Les moyens mis en place sont-ils adaptés à la mise en œuvre de la démarche iSLD ?
- Questions générales relatives à l'**acceptabilité et à l'apport clinique** de la démarche iSLD :
 - Quelle est, selon les professionnels des EMS, la plus-value de la démarche iSLD par rapport aux démarches habituelles utilisées pour lister les capacités, les problèmes et les besoins et élaborer les plans de soins ?
 - Selon les professionnels des EMS, comment les résultats de la démarche iSLD s'intègrent-ils dans la documentation clinique et administrative de l'EMS ?
- Questions générales relatives aux **conditions d'implémentation** de la démarche iSLDⁿ
 - Quels sont les facteurs ayant facilité ou entravé la mise en œuvre de la démarche iSLD dans les EMS du pilote ?
 - Quelles optimisations devraient être apportées à la démarche iSLD pour faciliter son implémentation en EMS ?

ⁿ Le protocole d'évaluation prévoyait initialement que soit également examinée la question des coûts liés à une implémentation cantonale de la démarche iSLD. Cependant, avant le démarrage du pilote, il a été décidé conjointement par le SSP et Héviva/FEDEREMS que ce volet donnerait lieu à un projet pilote intercantonal romand dans un second temps.

4

Méthodes

4 Méthodes

4.1 Cadre général d'analyse

L'introduction de la démarche interRAI® dans des établissements médico-sociaux, dont l'organisation et le contexte individuels sont spécifiques, peut être appréhendée comme un **processus organisationnel complexe**. Ces conditions organisationnelles propres peuvent créer des barrières et leviers au changement de pratique professionnelle, indépendamment des compétences et de la motivation des professionnels impliqués.

En nous appuyant principalement sur le modèle proposé par Dellefield⁽²⁾, amendé par les apports d'autres recherches qualitatives portant sur l'examen des pratiques d'amélioration des soins dans les établissements de longue durée⁽³⁻⁶⁾, l'adoption de la démarche iSLD au sein d'EMS vaudois est examinée au travers des dimensions organisationnelles suivantes :

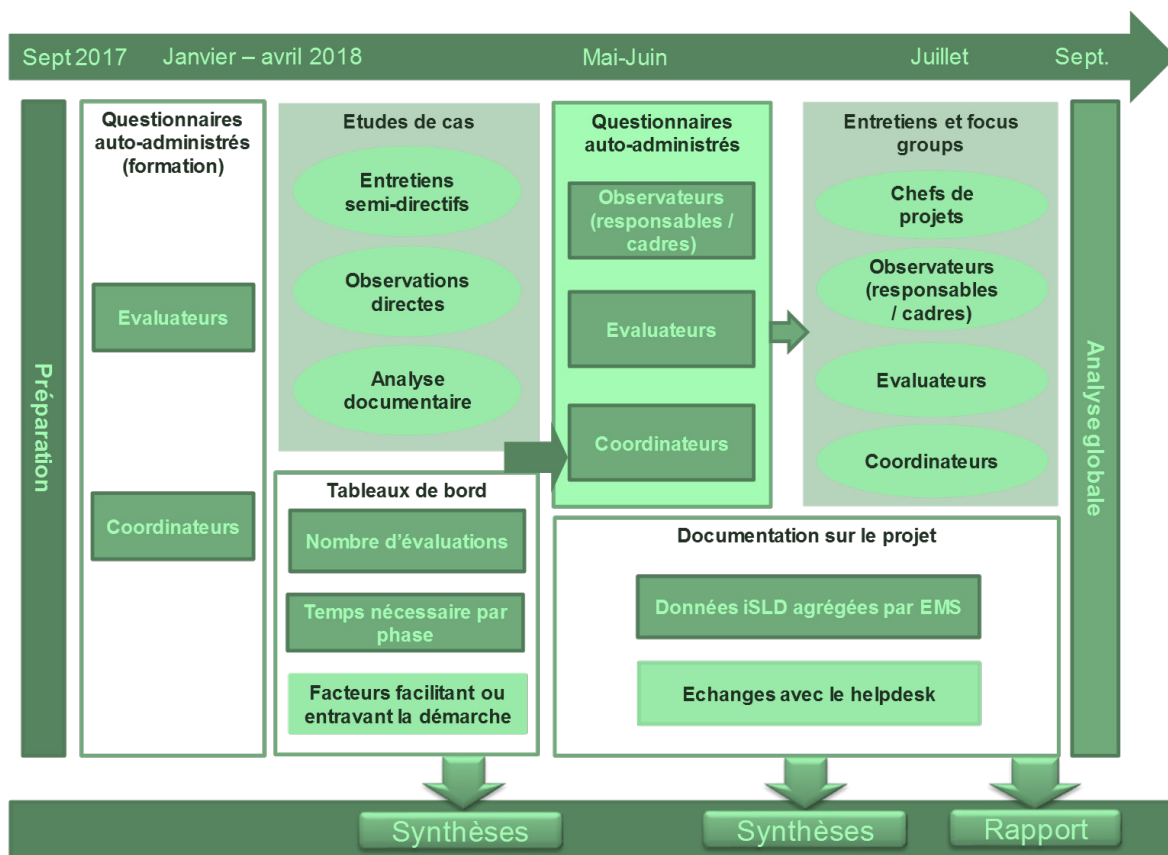
- **stratégique** (objectifs de l'établissement, transcrits dans les documents fondateurs, les plans stratégiques ou les plans d'activités)
- **structurelle** (caractéristiques stables du système, des professionnel-le-s et des bénéficiaires)
- **technique** (processus interpersonnels et utilisation de technologies)
- **culturelle** (culture de l'établissement)

Ce cadre d'analyse a été utilisé, d'une part, pour élaborer et ajuster les instruments de collecte de données (grilles d'observation, questionnaires, guides d'entretien et de focus groups), et d'autre part, pour analyser, de manière globale, les différentes données collectées.

4.2 Design évaluatif

L'évaluation du pilote coRAI EMS Long-séjour et sa préparation se sont déroulées **d'août 2017 à septembre 2018**, et sont basées sur un design de **méthodes mixtes multi-niveau et multiphase**, représentées sur la Figure 2. Des méthodes quantitatives et qualitatives se combinent pendant la collecte de données et pendant la phase d'analyse. Ce design comporte des questionnaires de fin de formation, des tableaux de bord de suivi de la mise en œuvre, des études de cas approfondies, des questionnaires de fin de pilote, des entretiens semi-directifs auprès des partenaires et des focus groups auprès des professionnels des EMS, la collecte de données contextuelles et la consultation des données iSLD agrégées par EMS.

Figure 2 Design pour l'évaluation du projet coRAI EMS



4.3 Collecte de données

4.3.1 Questionnaires de fin de formation

Un questionnaire en ligne a été adressé aux professionnels concernés quelques semaines après la fin de leur formation, avec une relance dix jours plus tard. Le questionnaire, développé avec le Canadian Institute for Health Information (CIHI), comprenait des questions sur les quatre modules collectifs pour explorer la perception des participants à l'égard de l'atteinte des objectifs, de l'organisation du module et des compétences acquises durant le module, ainsi que des questions générales quant à la satisfaction des participants à l'égard du contenu et du format de la formation (Annexe 1).

Vingt parmi les 28 infirmiers évaluateurs et coordinateurs ont répondu partiellement ou totalement au questionnaire de fin de formation. Par ailleurs, 4 observateurs ont aussi complété ce questionnaire (les modules de formation étaient ouverts à ces professionnels sans obligation ni inscription).

4.3.2 Tableaux de bord

Un tableau de bord a été envoyé mensuellement aux infirmiers coordinateurs pour monitorer la mise en œuvre du pilote (nombre d'évaluations réalisées, apports perçus de la démarche iSLD et difficultés rencontrées (Annexe 2). Ces tableaux de bord ont aussi servi à collecter de l'information sur le temps nécessaire pour la conduite des évaluations iSLD. La participation a été excellente, avec des données complètes pour 11 des 12 EMS.

4.3.3 Etudes de cas

Entre janvier et avril 2018, des études de cas ont été menées dans trois EMS participant au pilote, sur une base volontaire. En se rapprochant du terrain, ce volet visait à mieux comprendre les enjeux de l'utilisation de la démarche iSLD dans les EMS, et à saisir les questionnements par rapport à cette démarche, ainsi que les apports, obstacles, et stratégies face aux difficultés éventuelles.

Les données récoltées proviennent d'une part d'observations (Grille en Annexe 3), notamment via la présence du chercheur aux colloques interdisciplinaires et dans les unités. D'autre part, des entretiens informels ont été menés avec les évaluateurs. Ces derniers ont fourni des informations utiles pour comprendre les procédures d'évaluation interne déjà en place (supports informatiques et techniques, protocoles d'évaluations et d'accompagnement existants, organisation des équipes de soins et des colloques interdisciplinaires, etc.).

4.3.3 Questionnaires de fin de pilote

Fin mai 2018, des questionnaires en ligne ont été adressés en trois versions différentes aux professionnels participant au pilote (évaluateurs, coordinateurs et observateurs ; Annexe 4). Les questionnaires s'articulaient en différentes parties incluant l'accompagnement sur le terrain ; les évaluations iSLD ; le contenu de l'instrument iSLD ; les besoins IT ; la démarche iSLD ; l'organisation avant et pendant le pilote.

Un rappel a été effectué deux semaines plus tard. Le taux de participation était élevé chez tous les groupes de professionnels : infirmiers évaluateurs (15 répondants sur 16), infirmiers coordinateurs (11 sur 12) et observateurs (les 11 ont répondu).

4.3.4 Entretiens

Deux entretiens ont été menés début juin 2018 avec le chef de projet et la coordinatrice clinique HévivA/FEDEREMS, séparément. Détaillés dans l'Annexe 5, les thèmes abordés étaient notamment le contexte; le pilotage HévivA/SSP; la plus-value; ou encore l'implémentation.

4.3.5 Focus groups

Trois focus groups ont eu lieu fin juin/début juillet 2018 avec trois à cinq représentants des évaluateurs, des coordinateurs et des observateurs, respectivement. Les grilles de focus groups (Annexe 6) s'articulaient autour des thématiques suivantes : les motivations pour participer au pilote ; la formation et accompagnement à l'instrument iSLD ; la mise en route du pilote ; l'outil et la démarche iSLD ; les perspectives (implémentation).

4.3.6 Données contextuelles des EMS

Les observateurs ont reçu au mois de juillet un tableau à remplir avec des informations telles que le nombre de lits de l'EMS, la dotation en personnel ou encore la présence de structures d'accueil médico-social (lits de courts-séjours, centres d'accueil temporaire). Tous ont renvoyé ce tableau, même si certaines données étaient parfois manquantes.

4.3.6 Données agrégées des évaluations iSLD

Avec l'accord des responsables d'établissement, l'IUMSP a reçu en septembre 2018 une extraction des données des évaluations iSLD enregistrées tout au long du pilote, agrégées par EMS. Cette demande portait sur les données concernant l'âge, la répartition hommes-femmes, la distribution des alertes et échelles de l'iSLD.

4.4 Analyse des données

L'analyse des études de cas a permis d'affiner le contenu des questionnaires et les grilles d'entretiens et de focus groups. De même, les réponses aux questionnaires ont été utilisées pour compléter les grilles de focus groups.

Après anonymisation, les données des questionnaires ont été analysées de manière descriptive au moyen du logiciel Stata.

Les discussions des entretiens et focus groups ont été enregistrées, celles des focus groups retranscrites. Elles ont ensuite été analysées en fonction de thèmes pré-identifiés et ont donné lieu à des synthèses thématiques. Finalement les résultats qualitatifs et quantitatifs ont été considérés dans leur ensemble pour affiner la compréhension de chaque thématique ou contextualiser les résultats.

4.5 Limites de l'évaluation

Les résultats de l'évaluation doivent être considérés en tenant compte des points suivants :

- **La durée du pilote**, de 6 mois, était courte pour apprécier les apports cliniques de la démarche iSLD.
- **Le nombre de participants au pilote était limité**, ce qui permet difficilement des analyses quantitatives approfondies des résultats des questionnaires de fin de pilote. Néanmoins, les résultats sont présentés selon le rôle des participants dans le pilote lorsque cela est possible.
- **Le nombre d'EMS participants était restreint et le pilote excluait a priori les résidents présentant des troubles de santé mentale, un handicap mental, un handicap moteur cérébral ou en fin de vie.** Au vu de la prévalence élevée des troubles de santé mentale en EMS, la généralisation des résultats de l'évaluation est limitée. Ceux-ci doivent donc être considérés comme des pistes de réflexion.

5

Résultats

5 Résultats

5.1 Faisabilité de la démarche iSLD

5.1.1 Profil des résidents évalués

En termes d'âge, la moyenne était de 85 ans pour l'ensemble des résidents, variant de 82 ans à 90 ans selon l'EMS considéré.

Selon les échelles de l'iSLD, environ 40% des résidents présentaient un déclin cognitif modéré à important, plus de 40% présentaient des troubles dépressifs et presque autant avaient des troubles du comportement (38%), même s'il s'agissait rarement d'une agressivité jugée importante (6%). De même, 40% avaient besoin d'une aide considérable dans les AVQ et 20% étaient totalement dépendants.

Il existe une grande variabilité dans la distribution des différentes échelles d'un EMS à l'autre parmi les 12 établissements. Les données ne permettent toutefois pas de dire si ces différences sont représentatives de la population de chaque EMS, si elles sont liées à la sélection des participants au sein de chaque établissement, ou si elles sont le résultat de ces deux facteurs (ou d'autres) confondus.

5.1.2 Mise en œuvre de la démarche iSLD

Communication relative au projet pilote

Les EMS ont utilisé différentes stratégies d'information à l'interne, allant d'une information très ciblée aux professionnels intervenant autour du résident évalué par l'iSLD à une information générale à tout le personnel de l'institution. Cette option visait à inclure, entre autres, le personnel d'animation et le personnel de nuit, dont l'avis sur les résidents évalués a été pris en compte.

La communication interne entre évaluateurs, coordinateurs et observateurs a été ressentie comme très satisfaisante, qu'il s'agisse de la disponibilité ou des compétences pour répondre aux questions posées.

Quant à la communication entre le chef de projet HévivA/FEDEREMS et les EMS, via les Newsletter de l'association et des points de situation avec les secrétaires généraux des faïtières, elle a facilité une compréhension homogène du projet, et en conséquence son bon déroulement.

Ressources dédiées au pilote

La plupart des EMS ont déchargé les évaluateurs d'une partie de leur travail pour le dédier au pilote, grâce au soutien financier du Service de la santé publique. Cette possibilité de bénéficier de temps

« hors soins » a été considérée par les évaluateurs comme un facteur facilitant essentiel pour la mise en œuvre du projet.

Réalisation des évaluations

A la fin du pilote, l'objectif des 15 évaluations par évaluateur a été atteint, presque atteint (au moins trois-quarts des évaluations), voire dépassé dans 10 EMS sur 12. Des difficultés d'organisation ou une surcharge, par exemple liées au départ de personnel, ont été rencontrées dans les 2 EMS qui étaient en retard sur cet objectif.

Parmi ces 15 évaluations, au moins 5 devaient être complètes, c'est-à-dire comporter toutes les étapes jusqu'au suivi d'évolution de la situation du résident effectuée au moyen d'échelles et/ou alertes de l'iSLD ou d'autres outils. La plupart des EMS (9 sur 12) ont atteint cet objectif, parmi lesquels deux EMS ont réalisé la démarche iSLD dans son entier pour la majorité des résidents évalués par l'iSLD. Ces deux EMS se caractérisent par les facteurs favorisant suivants: EMS de taille petite à moyenne, motivation élevée des équipes, bonne organisation des plannings avec un temps « hors soins » de l'évaluateur, profil de santé physique/psychique des résidents évalués plus favorable dans ces 2 EMS en comparaison avec l'ensemble des 12 EMS.

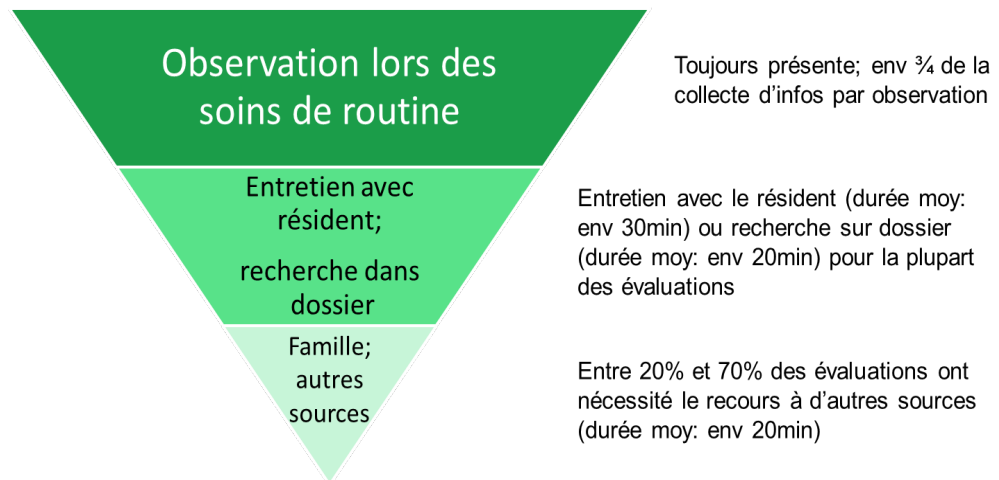
Sélection des résidents à évaluer

Certains évaluateurs ont mentionné qu'exclure les résidents avec troubles de santé mentale rendait la tâche plus difficile au vu de la prévalence élevée de cette problématique dans leur établissement, et ont passé outre cette consigne dans certaines situations, possibilité qui avait été évoquée lors de la formation.

Collecte d'informations pour l'évaluation iSLD

L'observation du résident, notamment lors des soins de routine, constitue la base de la collecte d'information pour l'iSLD (Figure 3) et représente, de l'avis des évaluateurs, environ les trois-quarts du temps d'évaluation. En complément, les modalités de récolte de données les plus fréquemment utilisées étaient l'entretien avec le résident et la recherche d'informations dans son dossier, réalisés pour une évaluation sur deux en moyenne. La durée de l'entretien avec le résident a été estimée à près d'une demi-heure, variant entre 10 et 45 minutes. Certaines stratégies ont été utilisées pour rendre l'entretien avec le résident moins chronophage, comme cibler les demandes, cadrer la discussion, prendre l'ordinateur ou la tablette lors de l'entretien. Lorsqu'un entretien avec la famille a eu lieu, sa durée était évaluée à une vingtaine de minutes en moyenne, tout comme celui de la recherche d'informations dans le dossier ou à l'extérieur de l'établissement, le cas échéant. A noter que le temps consacré à la recherche dans le dossier peut doubler selon la taille de celui-ci, en partie liée à la durée du séjour du résident dans l'EMS.

Figure 3 Modalités et durée de la récolte d'information



Il est difficile d'estimer le temps d'une évaluation iSLD (observation, vérification, codage) d'après les indications collectées durant le pilote. Selon les tableaux de bord, la durée médiane d'une évaluation était d'environ 120 minutes durant la première moitié du pilote, avec une grande variabilité et quelques durées très élevées. Ces dernières s'expliquent peut-être par le fait que certaines situations complexes ont été évaluées, bien que cela ne soit pas idéal dans le cadre du test d'un nouvel outil. Durant la deuxième partie du pilote, cette durée était à la fois plus basse et moins variable, soit une durée médiane de 90 à 100 minutes selon le mois considéré. Cela correspond au sentiment des évaluateurs de prendre moins de temps pour l'évaluation au fur et à mesure de leur familiarisation avec les rubriques et items de l'outil iSLD. Un autre facteur de variabilité est le profil du résident, avec un temps d'entretien plus long pour un résident présentant des troubles cognitifs ou de la communication, pour qui le recours à un proche peut être nécessaire pour remplir certaines rubriques. En revanche, les personnes alitées ou très dépendantes semblaient paradoxalement plus rapidement évaluables sur certains aspects.

Même si ces résultats sont en accord avec de précédentes études, qui ont avancé une durée de 60 à 90 minutes pour des évaluations effectuées avec une version différente de l'iSLD⁽⁷⁾, ils restent purement indicatifs et doivent être interprétés avec prudence en l'absence de données chronométrées.

Implication de différents types de professionnels dans la démarche iSLD

La phase **d'observation** a le plus souvent impliqué d'autres collaborateurs que l'évaluateur, en général des collègues issus du secteur des soins (ASSC) et auxiliaires, mentionnés par 12 et 11 évaluateurs, respectivement), mais aussi, un peu moins fréquemment, des assistants et auxiliaires du secteur socio-culturel (mentionnés par 8 et 5 évaluateurs sur 15). Concrètement, il a été mentionné par deux infirmières évaluatrices en focus groups, qu'au démarrage de chaque nouvelle évaluation, elles avertissaient leurs collègues présents les jours suivants pour pouvoir ensuite échanger avec eux sur les situations.

Les phases de **vérification, codage, analyse des résultats et priorisation des alertes** ont, à l'inverse, été réalisées principalement « en solo » par les évaluateurs. A noter que 4 des 15 évaluateurs ont mentionné l'implication du médecin de l'EMS dans la réalisation de l'évaluation iSLD, le médecin-traitant étant indiqué une seule fois comme ayant participé à cette étape.

Présentation des résultats de l'évaluation iSLD

Lors des colloques interdisciplinaires hebdomadaires, les évaluateurs ont en général présenté les résultats cliniques de l'évaluation iSLD des résidents évalués. Le projet pilote semble avoir suscité de l'intérêt chez leurs collègues, tout particulièrement les ASSC et les auxiliaires, dont la compréhension de la démarche et du langage a été rapide.

Environ la moitié des évaluateurs ont partagé au moins une fois les résultats de l'évaluation avec le résident (8 sur 15), avec son entourage (7 sur 15), avec le médecin responsable de l'EMS (8 sur 15) et avec le médecin de famille du résident (7 sur 15).

Influence des variables locales : exemples observés en études de cas

Comme l'illustre le Tableau 1 ci-après, tant le profil des professionnels choisis pour tester la démarche iSLD que les ressources à disposition, ou encore le type de communication relative au pilote ont pu influencer la manière dont les évaluateurs ont mis en œuvre la démarche iSLD.

Tableau 1 Influence des variables locales dans la mise en œuvre du pilote : deux exemples observés en études de cas

| Variables | CAS 1 | CAS 2 |
|--------------------------------|--|--|
| Données de départ | | |
| Taille de l'EMS | Grande (> 60 lits) | Moyenne (40 à 60 lits) |
| Nombre d'évaluateurs | 2 | 1 |
| Profil des évaluateurs | 1 infirmière responsable d'unité (ICUS) et référente PLAISIR 1 infirmière responsable de la formation interne | 1 infirmière diplômée depuis environ 5 ans et formée à l'évaluation PLAISIR |
| Ressources mises à disposition | Aucune, la direction estimant que les infirmières cadres avaient plus de temps « hors soins » à disposition. | 2 jours par mois dédiés au pilote |
| Objectif pour le pilote | S'impliquer dans un pilote cantonal tout réduisant au maximum son impact sur l'organisation interne | Attribuer le rôle d'évaluatrice à une infirmière moins expérimentée pour former la relève et de faire entrer la culture de l'évaluation iSLD dans les soins |
| Mise en oeuvre | | |
| Communication | Pilote peu médiatisé dans l'EMS car essentiellement mis en œuvre par les infirmières cadres. | Médiatisation large au sein de l'EMS via rencontres direction-ensemble du personnel et via des réunions d'équipe interdisciplinaire. |
| Stratégie | Pour contourner sa moindre disponibilité, l'infirmière ICUS a souvent sollicité les observations de son équipe. La seconde infirmière a arrêté en cours de route car en surcharge de travail. | Investissement important au niveau de la recherche d'informations exigées par l'iSLD, de l'analyse des résultats et de leur intégration dans l'élaboration des plans de soins, permis par le temps « hors soins » dédié au pilote. |
| Résultats | | |
| Aisance | Le jugement clinique expérimenté de l'infirmière ICUS lui a donné plus d'assurance pour interpréter les résultats de l'iSLD et lui a permis de pouvoir en discuter « à vif » lors des colloques interdisciplinaires, sans préparation préalable. | L'évaluatrice a procédé de manière plus « scolaire » que l'infirmière ICUS du cas 1. |
| Appropriation de la démarche | Il a cependant été difficile pour elle de s'éloigner de ses habitudes de travail et d'entrer sans a priori dans la démarche iSLD. | Avec le soutien de la coordinatrice de l'EMS et l'apport des colloques interdisciplinaires, l'infirmière estime avoir pu s'approprier la démarche iSLD. |

Des résultats plus détaillés sur la mise en œuvre du projet pilote se trouvent dans l'Annexe 7.

5.1.3 Adéquation de la formation

Formation initiale (modules collectifs)

L'organisation de la formation semblait appropriée : ainsi, le temps entre deux modules de formation a été jugé adéquat par 21 répondants sur 24, et le nombre de participants aux modules est apparu comme approprié pour 20 répondants, 4 participants l'ayant toutefois considéré comme trop grand.

Les participants ont presque tous jugé que le format, la documentation et les ressources des cours étaient clairs et compréhensibles, et ceci pour tous les modules. La durée des différents modules était adéquate pour une majorité de répondants, à l'exception du module 4 (utilisation des résultats). Finalement, une large majorité des 24 professionnels ayant répondu au questionnaire sur la formation a estimé que les différents modules répondaient aux objectifs d'apprentissage fixés, permettant de se sentir préparés à l'utilisation de l'évaluation iSLD dans la pratique.

Les modules moins appréciés par les participants sont le module par visioconférence, critiqué par un tiers des 24 professionnels interrogés. Outre les problèmes techniques (qualité du son, difficultés de compréhension de l'intervenant), la pertinence du format est questionnée, comme ne favorisant pas la participation. Le module 4 a aussi été critiqué par certains, les explications sur le calcul des échelles et sur les critères activant les alertes ont été jugées trop longues, au détriment d'explications sur la manière d'interpréter les échelles et alertes, et de les traduire en plans de soins.

Des résultats plus détaillées de l'évaluation de la formation collective se trouvent dans l'Annexe 8.

Accompagnement sur le terrain

Pratiquement tous les évaluateurs (14 sur 15) ont eu une séance individuelle de soutien à l'analyse des résultats cliniques de l'évaluation iSLD et l'ont trouvée utile, car beaucoup de questions surgissent au début de l'utilisation dans la pratique.

De même, 14 des 15 évaluateurs ont participé à au moins une séance en équipe interdisciplinaire en présence de la coordinatrice clinique. La majorité a trouvé cette séance utile : notamment, la présence de la coordinatrice a permis de rappeler la finalité des évaluations standardisées à l'ensemble de l'équipe et de maintenir la motivation. Par ailleurs, son regard externe sur les situations a amené les équipes à se questionner sur leurs perceptions des résidents et les démarches de soins proposées. Les évaluateurs étaient majoritairement très satisfaits des interventions de la coordinatrice clinique, qu'il s'agisse de l'écoute, des compétences ou des explications. En résumé, l'accompagnement sur le terrain était source de soutien positif, jugé comme favorisant l'autonomie et la réflexion.

Soutien au cours du pilote

Environ la moitié des évaluateurs et coordinateurs ont déclaré avoir contacté l'équipe de projet HéviVA/FEDEREMS au moins une fois pendant le pilote. Selon cette dernière, les demandes ne concernaient que des points mineurs. Toutes les personnes ayant eu ces contacts étaient satisfaites aussi bien en ce qui concerne la disponibilité et les compétences pour répondre aux problèmes que le temps de traitement de la requête et la résolution du problème.

Evaluation globale de la formation et de l'accompagnement sur le terrain

Le tableau 2 ci-dessous résume les aspects de la démarche iSLD jugés plus ou moins faciles à mettre en œuvre par les évaluateurs. Ce constat indique que le module de formation collective sur l'analyse des résultats cliniques et leur traduction en prise en charge gagnerait à être renforcé tout en maintenant l'accompagnement sur le terrain. Celui-ci leur semble indispensable pour soutenir la réalisation de la démarche dans son entier, en l'incluant dans l'élaboration des plans de soins et d'accompagnement ainsi que dans le suivi du résident.

Tableau 2 Synthèse des éléments vus en formation, faciles ou difficiles à mettre en œuvre

| Eléments facile à mettre en œuvre | Eléments difficiles à mettre en œuvre |
|-------------------------------------|--|
| Codage, utilisation du formulaire | Recherche d'information |
| Utilisation du logiciel | Adaptation aux caractéristiques du résident |
| Utilisation des alertes et échelles | Analyse clinique, interprétation des résultats |
| | Élaboration du projet de soins/d'accompagnement |
| | Démarche complète, suivi d'évolution du résident |

5.1.4 Satisfaction quant aux aspects informatiques

Evaluation du logiciel utilisé

La majorité des évaluateurs a indiqué que la navigation dans le logiciel est aisée (4 sur 15) ou plutôt aisée (8 sur 15), tandis que 3 personnes l'ont trouvée plutôt difficile. Aucun évaluateur n'a rapporté avoir rencontré de bug informatique.

Tous les évaluateurs ont trouvé utile que les manuels de codage et des résultats soient intégrés dans le logiciel.

Le format du résumé des résultats, soit les échelles et alarmes, était jugé clair (8 sur 15) ou plutôt clair (6 sur 15) par la grande majorité, une seule personne n'étant pas de cet avis.

Concernant les diverses fonctionnalités du logiciel, la majorité des évaluateurs (11 sur 15) connaissaient la modalité permettant la comparaison des résultats cliniques d'un résident dans le

temps. Parmi eux, 5 l'ont utilisée, un seul n'y a pas trouvé de plus-value. Aucune fonctionnalité supplémentaire n'était souhaitée dans le logiciel.

Interface avec le système existant

Durant le pilote, le support informatique de l'iSLD a généré un effet doublon par rapport à celui habituellement utilisé dans les EMS. Certaines évaluatrices ont en effet indiqué qu'elles intégraient des alertes issues de l'évaluation iSLD au support informatique en place, pour les décliner ensuite en objectifs dans les soins quotidiens.

Aussi, l'interfaçage entre les différents outils utilisés semble une condition prépondérante pour l'acceptabilité de la démarche iSLD. Presque tous les évaluateurs ont jugé important (11 « très » et 2 « plutôt » important) de pouvoir intégrer automatiquement dans une seule interface les résultats des évaluations iSLD et les données du système informatique déjà en place dans l'EMS.

SYNTHESE : Faisabilité de la démarche iSLD

Une mise en œuvre conforme aux attentes

La mise en œuvre du pilote s'est déroulée de manière satisfaisante. Le nombre d'évaluations prévues a été atteint, ou presque atteint, par 10 des 12 EMS. Deux établissements ont été au-delà des objectifs en réalisant la démarche de manière complète, y inclus le suivi de situation, pour la majorité des résidents évalués.

La réalisation des évaluations iSLD a reposé, le plus souvent, sur l'implication d'autres professionnels du secteur soins (ASSC) et du secteur socio-culturel. Cette collaboration, plutôt espérée dans un contexte de travail en équipe interdisciplinaire, met en lumière l'importance d'une formation minimale à la démarche iSLD chez les collaborateurs non-infirmiers des EMS et de leur prise en compte dans les planifications et dotations.

Une formation globalement appréciée, à renforcer sur certains points

Globalement, les modules de formation correspondaient aux objectifs d'apprentissage des professionnels. En fin de pilote, les infirmiers évaluateurs s'estimaient capables de réaliser les évaluations iSLD, d'en comprendre les résultats et de les analyser, indiquant une bonne appropriation de l'outil.

La traduction en plans de soins et d'accompagnement figurait parmi les éléments plus difficiles à mettre en œuvre, bien que l'accompagnement sur le terrain, considéré comme essentiel à la bonne intégration de la démarche dans la pratique, l'ait facilitée. Ce constat indique que le module de formation collective sur l'analyse des résultats cliniques et leur traduction en prise en charge et gagnerait à être renforcé tout en maintenant l'accompagnement sur terrain. Quant au format, seule la visioconférence ne recevait pas l'adhésion des professionnels, en raison de problèmes techniques et d'une possibilité d'interaction plus limitée.

Un logiciel d'utilisation aisée, qu'il reste à intégrer

L'utilisation dans les EMS d'outils d'évaluation clinique ainsi que de systèmes informatisés de gestion administrative et clinique des résidents a facilité l'assimilation de la démarche. Le logiciel introduit pour le pilote était jugé simple à utiliser, à l'aide notamment des manuels d'utilisation intégrés. L'introduction de la démarche iSLD dans ce contexte a généré un effet de doublon, attendu dans un projet pilote. Si des stratégies pour réintroduire les informations générées par l'iSLD dans le dossier informatisé du résident ont été trouvées durant cette phase de test, il est évident que la généralisation de la démarche n'a de sens aux yeux des soignants qu'en présence d'une intégration avec les systèmes informatiques en place.

5.2 Acceptabilité de la démarche iSLD dans les EMS

5.2.1 Avis quant à l'outil iSLD

Globalement, l'outil iSLD a été jugé pertinent par les évaluateurs, qui ont pu se l'approprier assez aisément. Quant au manuel d'utilisation et aux guides d'analyse, ils ont été utilisés et appréciés, et n'ont pas fait l'objet de suggestion d'amélioration de leur contenu.

Bien que la majeure partie du contenu de l'outil iSLD semble approprié, environ deux-tiers (11 sur 15) des évaluateurs ont indiqué qu'un ou plusieurs items leur avaient posé problème. Les difficultés de codage ont pu être surmontées en recourant au manuel d'utilisation et, parfois, au soutien de la coordinatrice clinique. Néanmoins, quelques items sont jugés peu pertinents en EMS, comme la section relative aux traitements et interventions. Quant aux items requérant une réponse du résident lui-même, par exemple pour l'auto-évaluation de l'anxiété ou du moral, ils sont jugés difficiles à compléter en cas de démence ou de troubles de la communication. Ils ont parfois été ressentis comme intrusifs, en particulier lorsque le résident n'est pas connu de longue date. Ces difficultés sont en partie attribuables à un manque de familiarisation et de formation spécifique à la mise en pratique de ces questions.

Près de la moitié des évaluateurs et coordinateurs ont trouvé que l'iSLD était trop long. Néanmoins, environ un tiers des évaluateurs souhaiterait des items supplémentaires, afin d'évaluer plus précisément certains domaines déjà couverts par l'outil. Par exemple, il s'agirait de mieux cerner les manifestations comportementales des troubles psychiatriques (déambulation, agression, opposition, etc...) en raison de leur impact sur les soins fournis. Cette limite de l'iSLD a été soulevée tant par des professionnels d'EMS de psychiatrie de l'âge avancé que d'EMS dont la mission est gériatrique ou psychogériatrie compatible, qui accueillent aussi des résidents avec des troubles psychiatriques de moindre sévérité.

Tableau 3 Critiques relatives aux items de l'iSLD

| 11/15 évaluateurs trouvent que des items posent problème | 6/15 évaluateurs souhaitent des items plus détaillés |
|---|--|
| Humeur: questions jugées délicates à poser; difficile si troubles cognitifs | Malvoyance |
| Capacités fonctionnelles: Codage pas évident (déterminer niveau d'aide) | Troubles psychiatriques/ comportement |
| Liste de traitements et interventions: pas pertinents pour EMS | Relations familiales/sociales |
| | Capacité à faire sa toilette (haut/bas) |

Quant aux résultats cliniques de l'iSLD, la plupart des alertes et échelles semblaient pertinentes aux évaluateurs. Néanmoins, il a été estimé que l'alerte « prévention » était trop sensible, tandis que

les alertes relatives au « risque de chutes » ou au « risque d’escarres » ne l’étaient pas assez et identifiaient en partie un problème déjà existant au détriment d’une prise en compte exhaustive des facteurs de risque dans une perspective préventive. Si ces critiques sont en partie liées à l’algorithme qui génère les alertes de l’iSLD, il n’est toutefois pas possible de déterminer si ces critiques sont justifiées pour les situations concernées, ou si l’alerte a été correctement interprétée par les professionnels. Quant à l’alerte relative à l’incontinence, elle était jugée peu utile en EMS au vu de la fréquence élevée de la problématique. Là aussi, il est possible que l’objectif de cette alerte, soit l’information quant au potentiel de prévention ou d’amélioration de l’incontinence, n’ait pas bien été interprété par les professionnels, ou qu’il n’ait pas été jugée supérieure au jugement clinique. L’infirmière d’un EMS où la population est fortement atteinte sur le plan visuel souhaitait que l’impact de la malvoyance sur d’autres aspects adressés par les alertes et échelles soit pris en compte. De même, bien que les commentaires ajoutés lors du codage figurent sur la page de résultats, un professionnel regrettait que l’analyse faite par le logiciel n’en tienne pas compte.

Par ailleurs, certains professionnels déplorent que les résultats ne soient pas plus fournis, au vu de la quantité d’items à renseigner. Finalement, certains professionnels ont estimé que l’outil était trop centré sur la santé et manquait de globalité dans le cadre d’un accompagnement interprofessionnel tel que proposé dans les EMS. Il leur semble nécessaire de collecter plus d’informations sur le plan social (entourage et relations familiales par exemple).

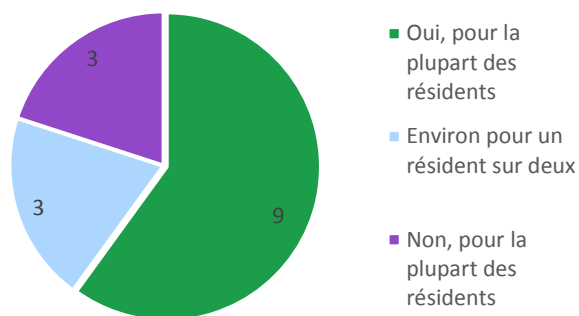
Tableau 4 Critiques relatives aux alertes et échelles de l’iSLD

| 5 des 15 évaluateurs ont estimé qu’une alerte (max 3) pose problème | 6 des 15 évaluateurs ont des souhaits quant aux alertes ou échelles |
|---|---|
| <p>Risque de chute; risque d’escarre: alertes jugées pas assez sensibles dans une perspective préventive</p> <p>Activités sociales: déclenchée pour «caractère solitaire»</p> <p>Prévention: alerte jugée trop sensible</p> <p>Incontinence: peu pertinent en EMS vu la fréquence du problème</p> | <p>Surpoids/obésité</p> <p>Remarques pas prises en compte dans les alertes/échelles</p> <p>Manque de lien entre malvoyance et autres échelles</p> |

5.2.2 Plus-value et limites de la démarche iSLD

Avant le début de pilote, la moitié des évaluateurs (8 sur 15) pensait que la démarche iSLD apporterait une plus-value clinique. A l’issue du pilote, leur opinion est un peu plus favorable : 9 des 15 évaluateurs ont estimé que cela avait été le cas pour la plupart des résidents qu’ils avaient évalués (Figure 4).

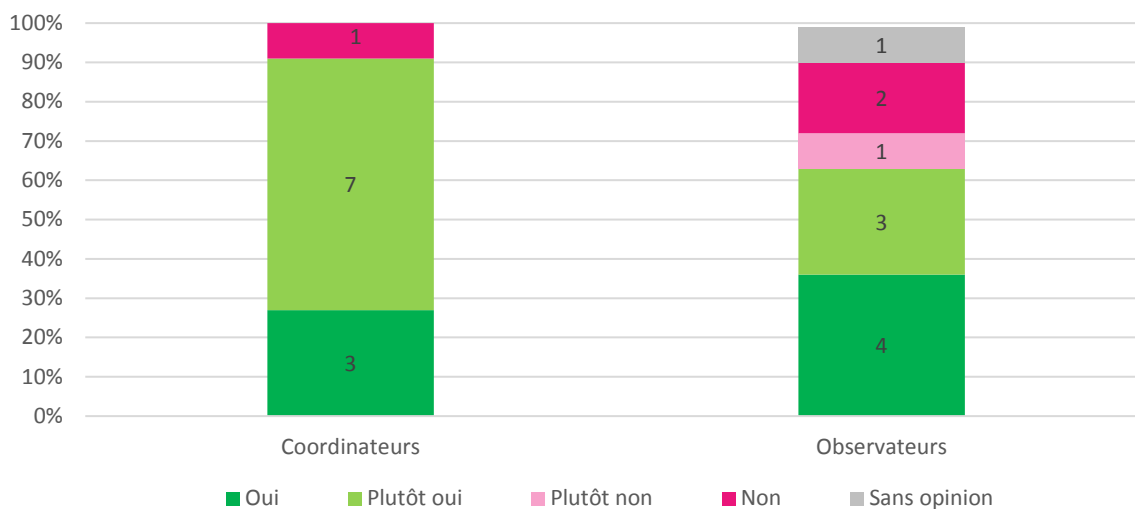
Figure 4 Avis des évaluateurs, à la fin du pilote, quant à une plus-value clinique de la mise en place de la démarche iSLD



N=15

Quant aux coordinateurs et observateurs, la plupart se prononçaient en faveur d’une plus-value clinique de la démarche iSLD (Figure 5).

Figure 5 Avis des coordinateurs et observateurs, à la fin du pilote, quant à une plus-value clinique de la mise en place de la démarche iSLD



N_{Coordinateurs} = 11 ; N_{Observateurs} = 11

Les différents aspects sur lesquels la démarche iSLD peut apporter une plus-value sont distingués ci-dessous.

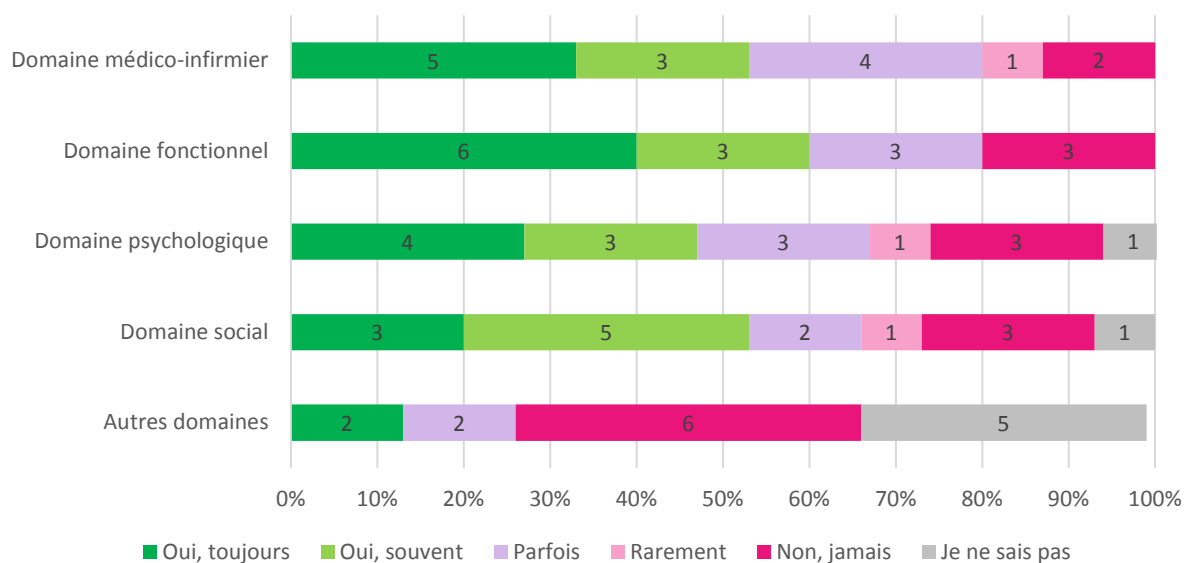
Des évaluations standardisées et plus objectives

Le caractère standardisé de la démarche est perçu par les évaluateurs tout comme par les coordinateurs comme rassurant et confortant les observations de manière objective.

Un dépistage systématique des syndromes gériatriques apportant des informations nouvelles

La plupart des évaluateurs (11 sur 15) et des coordinateurs (9 sur 11) ont relevé une plus-value quant au dépistage des syndromes gériatriques. Pour la majorité d’entre eux, la démarche iSLD a permis d’identifier des éléments (ressources, potentiel d’amélioration ou problèmes/risques) qui auraient pu rester inaperçus en l’absence de cette démarche, dans les domaines médico-infirmier ou fonctionnel notamment (Figure 6). Cette vision globale est ressentie comme susceptible de favoriser une démarche plus préventive que dans la pratique habituelle, qui cible plus souvent les problèmes.

Figure 6 Fréquence à laquelle de nouveaux éléments ont été identifiés chez les résidents grâce à la démarche iSLD, dans différents domaines



N=15 évaluateurs

Néanmoins l’apport de la démarche iSLD semble varier selon certaines caractéristiques du résident. Dans le cas de résidents déjà connus, les résultats de l’évaluation iSLD ne sont pour la plupart pas nouveaux, ce qui est cohérent au vu des évaluations cliniques usuelles effectuées dans les EMS. En ce qui concerne les nouveaux résidents, certains résultats obtenus lors d’évaluations précoces s’étant révélés peu fiables avec un recul de quelques semaines, certains professionnels suggèrent qu’il est important de bien connaître le résident avant de l’évaluer. Finalement, l’iSLD ne permettrait pas de saisir assez finement la situation de certains résidents atteints de maladie

psychiatrique, en raison du manque d'items spécifiques perçu par certains professionnels. Une critique similaire est émise concernant les résidents avec d'importants troubles visuels. Il faut relever que la suite interRAI comprend des outils spécifiques adaptés à ces profils.

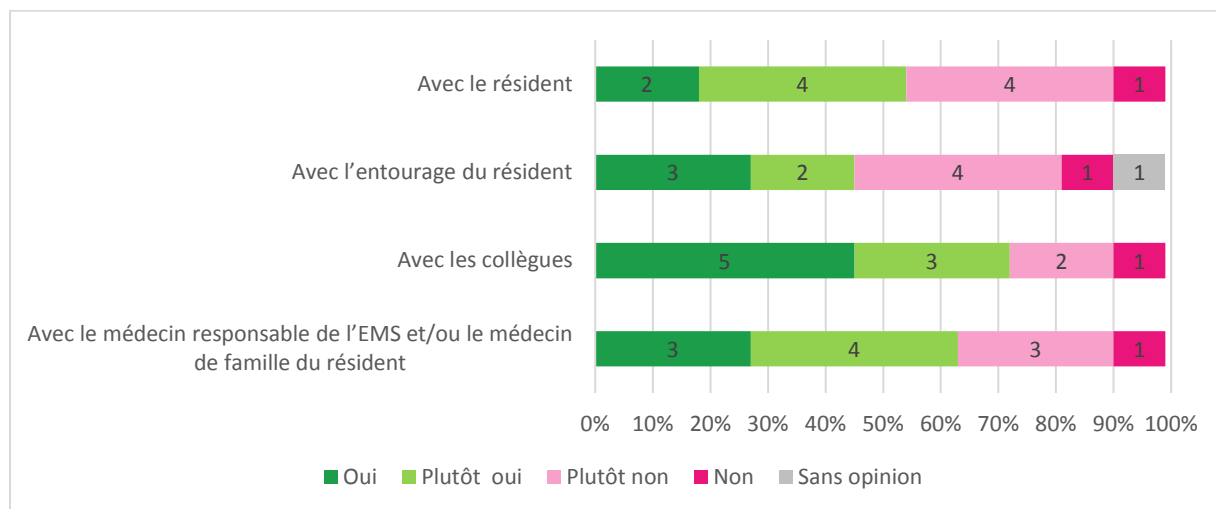
Une vue d'ensemble du résident

Cet aspect est relevé par la plupart des professionnels, évaluateurs et coordinateurs. L'iSLD permet d'obtenir une « photo » précise du résident et les résultats cliniques fournissent une vision complète sous une forme visuelle synthétique.

Un support visuel apprécié pour le partage des résultats

La feuille de résultats a été appréciée pour partager les résultats avec les collègues. En revanche l'apport de la démarche pour les discussions avec le résident, ses proches ou encore le médecin responsable de l'EMS semble plus limité (Figure 7). Quant au partage d'informations hors du cercle professionnel, il est probable que les termes utilisés sur la feuille de résultats ne soient pas appropriés, et que ce document devrait être adapté, le cas échéant.

Figure 7 Avis des coordinateurs sur une plus-value de la démarche iSLD pour le partage d'informations avec différents interlocuteurs



N=11

Un soutien à l'analyse des situations

Les coordinatrices ont estimé que la démarche iSLD donnait un cadre plus objectif à l'analyse infirmière et aidait à structurer les analyses de situations en colloque. De plus, il a été observé que la démarche iSLD était à même de stimuler la réflexion infirmière et soignante lors de l'élaboration du plan de soins, notamment à prioriser les interventions. Cette étape a bénéficié du soutien de la

coordinatrice clinique en effectuant un retour sur les liens entre les caractéristiques du résident et son profil sur les alertes et échelles, et en cherchant à prioriser les alertes.

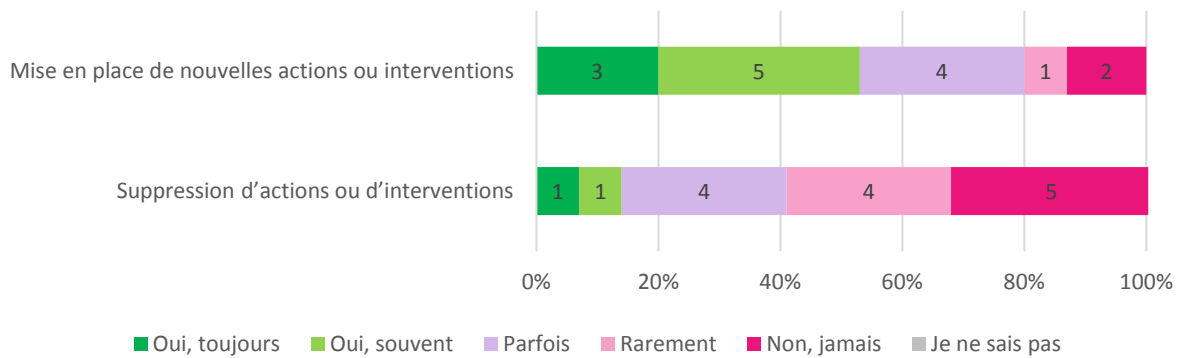
Un avis mitigé quant à l'apport de la démarche iSLD pour élaborer le plan de soins

Bien que la majorité des infirmiers évaluateurs (9 sur 15) et coordinateurs (7 sur 11) reconnaissent une plus-value de la démarche iSLD vis-à-vis du plan de soins, leur avis est plus mitigé sur cet aspect que sur les dimensions citées précédemment. Ce constat s'explique sans doute en partie par les difficultés rencontrées pour mettre en œuvre cette étape de la démarche, en dépit du fait que cette façon de travailler avec des alertes ne soit pas vraiment différente de leur pratique habituelle. Cependant, le fait que le logiciel fournisse des alertes et échelles mais pas d'actions concrètes pour le plan de soins ou d'accompagnement est aussi un facteur qui limite la plus-value au sens des soignants, ceci en dépit des guides d'analyse clinique qui proposent des pistes à investiguer ou des actions à effectuer pour chaque alerte de l'iSLD et ont été utilisés et appréciés par les évaluateurs.

Les observations de la coordinatrice clinique corroborent le fait que la phase de traduction des résultats cliniques en interventions ne semblait pas réellement assimilée. En effet, d'une part les infirmières se rapportaient parfois à leur terminologie habituelle pour élaborer leurs plans de soins, d'autre part certaines ont tenté de réintroduire les résultats iSLD dans leur outil informatique dédié aux plans de soins. A noter que cette étape est pratiquement inévitable vu l'absence d'interfaçage entre les outils test et habituel. Par ailleurs, le fait de disposer déjà d'un système informatisé de suivi du résident, considéré comme efficace et approprié par certains soignants, a pu limiter la plus-value perçue de ce nouvel outil.

Interrogés sur la fréquence à laquelle l'introduction de la démarche iSLD a abouti à la modification du plan de soins et d'accompagnement, 8 des 15 évaluateurs estiment qu'elle a souvent abouti à la mise en place de nouvelles actions ou interventions pour les résidents évalués (Figure 8). Trois évaluateurs indiquent que, dans leur cas, la démarche iSLD n'a jamais abouti à ajouter des éléments au plan de soins. L'interprétation de ces réponses est délicate. D'une part, il est difficile de savoir si la question a été comprise par tous comme portant sur un changement qui n'aurait pas eu lieu en l'absence de cette nouvelle démarche. De plus, même si la question était correctement comprise, il est difficile d'attribuer les modifications des plans de soins à la démarche iSLD, sachant qu'elles pourraient être liées au fait même d'avoir procédé à une évaluation du résident, quel que soit l'outil utilisé. Quant à la suppression d'actions ou d'interventions au cours de la démarche iSLD, elle semble plutôt rare (Figure 8).

Figure 8 Avis des évaluateurs sur la fréquence à laquelle l'introduction de la démarche iSLD a abouti à la modification du plan de soins et d'accompagnement



N=15 évaluateurs

Un apport pour la discussion en colloque interdisciplinaire

La présentation des résultats aux colloques interdisciplinaires était jugée très positivement par les infirmières évaluatrices et coordinatrices. Le résultat visuel des évaluations a permis de structurer les discussions lors des colloques d'équipes, de confronter les points de vue sur les aspects prioritaires et secondaires des situations et de mieux envisager l'apport possible des secteurs non soignants dans les situations (intendance, services de restauration, etc.).

Un exemple d'intégration de la démarche iSLD en colloque interdisciplinaire

Lors des observations de terrain, il a été possible d'assister à un colloque interdisciplinaire en présence de la coordinatrice clinique HévivA/FEDEREMS. Le colloque rassemble l'équipe de soins et d'accompagnement de l'étage (12 personnes).

Le cas analysé est un Monsieur de 88 ans, arrivé dans l'EMS il y a 4 ans, atteint de la maladie de Parkinson, très dépendant, et dont la capacité à communiquer se péjore en raison d'un trouble de l'élocution. La difficulté à s'exprimer provoque chez lui un énervement, qui induit des comportements agressifs vis-à-vis des professionnels. Il donne aussi des signes de tristesse et de démotivation.

La discussion est gérée par l'infirmière évaluatrice qui commente les résultats de l'évaluation iSLD, projetés sur un écran. Elle sera l'occasion, pour la coordinatrice clinique HévivA/FEDEREMS, d'orienter les professionnels vers un processus systématique de validation (ou non) des alertes et de justification des interventions du plan de soins. L'équipe sera amenée à revoir sa manière d'envisager la communication avec le résident, car le guide d'analyse relatif à l'alerte «Communication» suggère un potentiel d'amélioration. La discussion mettra en évidence les tactiques déjà mises en œuvre, comme par exemple: répondre rapidement aux sollicitations de Monsieur pour éviter qu'il ne s'énerve, favoriser la présence d'une personne connue dans les échanges quotidiens et pour les soins de base, éventuellement communiquer dans sa langue maternelle, etc. Des options alternatives seront envisagées, comme le recours à un médecin pour investiguer les signes de dépression récemment identifiés; ou encore, le recours à la logopédie pour travailler sur les capacités de communication du résident.

L'évaluatrice note que pour ce résident, l'alerte a permis d'identifier des interventions possibles (en particulier, la logopédie) pour tenter de maintenir sa capacité à communiquer. Selon la coordinatrice clinique HévivA/FEDEREMS, la synthèse des résultats cliniques doit donner lieu à de telles réflexions à la fois sur les actions qui sont déjà mises en place, leur pertinence, et les alternatives possibles.

5.2.3 Adéquation de la démarche iSLD à la culture d'accompagnement en EMS

De l'avis unanime des professionnels interrogés, la démarche iSLD est en adéquation avec la manière d'évaluer les résidents, notamment via les notions de risques et de potentiels d'autonomie servant de base à l'élaboration d'un plan de soins, et correspond à la culture d'accompagnement actuelle des établissements.

SYNTHESE : Acceptabilité de la démarche iSLD

Les perceptions des professionnels à l'égard de la démarche iSLD (acceptabilité et plus-value) délivrent un constat global plutôt positif malgré quelques réserves quant à l'outil lui-même et à l'utilisation des résultats pour l'élaboration des plans de soins.

L'outil iSLD : globalement pertinent quoique long et inadapté dans certains cas

Si l'outil iSLD a été jugé d'appropriation aisée et son contenu globalement adéquat, quelques-uns parmi la septantaine d'items sont jugés peu pertinents en EMS. La réalisation des évaluations iSLD étant perçue comme assez chronophage, du moins en phase d'apprentissage, il s'agira d'examiner la possibilité de supprimer certains items en tenant compte des contraintes de la compatibilité interRAI. Par ailleurs, les questions relatives à quelques items ont été jugées délicates à poser en raison d'un caractère intrusif, sentiment qui est en partie attribuable à un manque de formation spécifique.

L'outil est aussi jugé peu adapté aux situations de résidents atteints de troubles de santé mentale ou de handicaps visuels. Cette critique est à relever au vu de la prévalence élevée de ces situations dans certains EMS, ainsi que de l'existence d'outils de la suite interRAI spécifiques à ces problématiques.

La démarche iSLD : une plus-value clinique reconnue, mais encore inaboutie

La majorité des professionnels fait part d'effets positifs de la démarche iSLD pour les équipes de soins, notamment via l'objectivité et la standardisation des évaluations, la mobilisation de l'équipe autour de la situation des résidents et la revalorisation de l'analyse des situations. La synthèse des résultats de l'évaluation sous forme d'alertes et d'échelles est un apport apprécié. Cependant, les professionnels déplorent que ces résultats ne soient pas plus fournis, au vu de la quantité d'items à renseigner, et en dépit de la possibilité d'y faire figurer les commentaires ajoutés lors du codage des items.

Le pilote a révélé que l'étape de traduction des résultats iSLD dans l'élaboration des plans de soins et d'accompagnement était source de difficultés. Là aussi, un renforcement de la formation est à envisager. Ces difficultés sont probablement aussi liées à des pratiques différenciées chez les soignants en fonction de leurs parcours et compétences antérieurs, de même qu'à la courte durée du pilote, qui ne permet sans doute pas l'assimilation complète de la démarche dans la pratique.

Sur le plan conceptuel, l'appropriation de la démarche iSLD était facilitée par le fait qu'elle était considérée comme en phase avec la culture d'accompagnement actuelle des EMS.

Enfin, le fait de disposer déjà d'un système informatisé de suivi des résidents, considéré comme approprié, a pu générer un frein au changement chez certains professionnels.

5.3 Réflexions des professionnels sur les conditions d'un déploiement de la démarche iSLD

5.3.1 Place d'une démarche interRAI par rapport au système actuel

Les avis des trois groupes de professionnels (évaluateurs, coordinateurs et observateurs) sur la place future de la démarche iSLD dans leur EMS sont partagés. Une majorité considère que la démarche serait utile en complément du système en place. Une minorité de professionnels juge en revanche cette perspective inutile voire péjorative : ils perçoivent la standardisation des pratiques comme un risque qui réduirait à la fois l'analyse infirmière, la qualité des soins et de l'accompagnement du résident.

En complément, les professionnels ont relevé comme plus-value notable le fait d'avoir un langage commun entre les institutions pour favoriser la continuité des soins et se reposer sur des références communes. Seul un déploiement des outils interRAI dans divers lieux de soins (centres médico-sociaux, hôpitaux et EMS), ayant accès au dossier électronique du patient (DEP), rendra un tel changement pertinent.

5.3.2 Un accompagnement au changement plus large

Selon l'équipe de projet HévivA/FEDEREMS, un enjeu essentiel se situe dans la manière dont les EMS vont instaurer une dynamique de changement, valoriser le rôle des infirmières en EMS et veiller à ce qu'elles gardent un regard critique face à l'outil. La démarche iSLD n'a de sens que si elle permet d'améliorer les pratiques de soins, et plus largement les compétences gériatriques des professionnels des EMS. Dans ce sens, les professionnels non-infirmiers des EMS gagneraient à être plus informés, ou brièvement formés à la démarche iSLD.

5.3.3 Rôles et responsabilités

Interrogés sur l'opportunité de confier la collecte d'informations par observation à du personnel non-infirmier, les avis sont très partagés, quel que soit le groupe de professionnels : cette proposition rencontre un avis favorable chez la moitié d'entre eux environ, qui se verraient déléguer cette tâche en premier lieu aux ASSC, ces derniers étant référents de situation dans certains EMS. Plus largement, l'implication de tous les soignants (y compris aides et auxiliaires qui passent le plus de temps auprès du résident), voire de l'équipe pluridisciplinaire, est une option considérée. D'après les échanges en focus groups, l'observation par tous était déjà en place dans certains EMS avant le pilote, sans que l'on sache si les professionnels des EMS en question sont justement ceux favorables à cette délégation.

En revanche, les trois groupes de professionnels se prononcent négativement quant à l'opportunité de confier le codage à du personnel non-infirmier, cette tâche relevant du champ de compétence infirmière. Les ASSC sont la seule autre catégorie professionnelle envisagée par certains infirmiers. Si une telle tâche est considérée comme potentiellement en-dehors de leurs compétences professionnelles, cet argument est réfuté par certains infirmiers vu la nature très concrète du

codage. Quant à la charge de travail que cela représente, jugée trop lourde par certains, un facteur favorisant est relevé : les effectifs d'ASSC sont plus importants que les effectifs d'infirmiers.

Quant à la responsabilité clinique de la démarche (mise en œuvre, coordination et validation), les professionnels interrogés l'attribuent clairement aux infirmiers diplômés, voire cliniciens, ou ayant fonction de responsable.

5.3.4 Fréquence des ré-évaluations

Les évaluateurs considèrent le plus souvent que, d'un point de vue clinique, les réévaluations planifiées des résidents (hors changement important de situation clinique) devraient être effectuées à une fréquence de 6 mois (6 sur 13 évaluateurs), les autres sont partagés entre plus de 6 mois (4) et moins de 6 mois (3)^o. Une version raccourcie de l'iSLD a aussi été souhaitée pour effectuer les ré-évaluations. Or, selon les informations données par la responsable du programme coRAI, une telle option n'est pas possible dans le cadre de l'utilisation actuelle de la suite interRAI.

5.3.5 Intégration des outils

Bien entendu, le travail à double résultant de la non-intégration du logiciel utilisé pour le pilote et du système habituel des EMS fait partie des inconvénients inhérents à une phase pilote. Cependant, un déploiement n'est envisageable qu'en présence de solutions informatiques intégrées, à des fins d'efficacité mais aussi pour surmonter les réticences vis-à-vis de changements dans le cadre d'un système en place depuis longtemps et considéré comme efficace.

Un souhait serait que l'outil permette non seulement de rassembler les informations actuellement présentes sur différents documents (notamment le DMST, et le PLEX), mais aussi d'exporter des informations dans ces documents.

5.3.6 Une équation à plusieurs inconnues

Les professionnels relatent qu'il leur est difficile de se prononcer clairement sur la plus-value clinique de la démarche iSLD tant que la finalité de l'implémentation ainsi que ses modalités ne sont pas définies. Plusieurs craintes relatives au financement ont été évoquées s'il s'avérait que l'iSLD soit utilisé à des fins de financement : l'absence d'une traduction en actes de soins et en temps de travail, une moins bonne prise en considération des incapacités fonctionnelles en comparaison à PLAISIR, avec des répercussions possibles en termes de diminution de la dotation.

A ce propos, si les évaluateurs ont relevé que le temps « hors soins » dédié aux évaluations durant le pilote s'apparentait à des conditions idéales, ils s'inquiétaient en parallèle de la capacité à maintenir de telles conditions dans un fonctionnement usuel. Finalement, une personne exprime son inquiétude quant à un mésusage possible des résultats cliniques, notamment quant à de

^o A noter que certains professionnels ont spontanément évoqué une fréquence de ré-évaluation de 3 mois, jugée non pertinente et irréaliste en milieu de long-séjour. En l'absence de consignes durant le pilote, il est probable qu'ils se réfèrent au bilan de suivi trimestriel, portant sur une partie des items, préconisé dans les établissements utilisant le RAI-Nursing home.¹

possibles contrôles futurs réalisés par des instances externes^P ayant pour but de vérifier les actions entreprises sur la seule base des résultats iSLD, sans tenir compte des désirs du résident ou de l'analyse infirmière.

Par ailleurs, en raison de l'exclusion, pour le pilote, des résidents atteints de trouble de santé mentale, une inquiétude émerge quant à l'adéquation de l'outil testé pour cette population fréquente en EMS.

SYNTHESE : Réflexions des professionnels sur les conditions de déploiement de la démarche iSLD

La majorité des professionnels considère que la démarche iSLD serait utile en complément du système actuellement en place dans les EMS, les avis contraires étant justifiés par une inquiétude quant à une standardisation des pratiques qui réduirait la qualité de la prise en charge du résident. A ce propos, l'équipe de projet HévivA/FEDEREMS souligne le besoin d'un accompagnement au changement plus large, afin d'améliorer les compétences gériatriques des divers professionnels des EMS, et, in fine, d'améliorer les pratiques de soins.

En cas de déploiement, les professionnels interrogés envisagent l'implication d'autres soignants, voire du personnel non soignant dans la phase d'observation. En revanche, il leur semble plus approprié de confier le codage au corps infirmier, et, a fortiori, la responsabilité clinique de la démarche iSLD.

A un niveau plus stratégique, un apport potentiel est perçu pour la continuité des soins via un langage interinstitutionnel. Cependant des craintes sont exprimées quant à la traduction en temps de soins et aux aspects financiers qui y sont liés. Par ailleurs, les professionnels se questionnent sur l'adéquation de l'iSLD chez certains résidents non pris en compte dans le pilote, notamment ceux atteints de troubles de santé mentale.

^P La CIVESS (*Contrôle interdisciplinaire des visites en établissements sanitaires et sociaux*) étant l'organe de surveillance des institutions sanitaires et sociales du canton de Vaud.

6

Discussion

6 Discussion

Comparés à ceux de précédentes études d'implémentation de ce type de démarche dans des établissements de long séjour^(8,9), et malgré un contexte spécifique (culture d'évaluation et de prise en soins, habitude ou non d'un système informatisé,...), les résultats s'accordent à ceux précédemment constatés quant à la génération et à l'utilisation d'informations dans le cadre d'une tâche considérée comme complexe.

Comme suggéré par Dellefield⁽²⁾, on peut catégoriser ces résultats dans plusieurs dimensions, toutes importantes à considérer lorsqu'il s'agit de changements au sein d'une organisation. Le Tableau 3 ci-après reprend et synthétise, sous la forme de leviers et d'obstacles, les résultats de l'évaluation classés selon leur caractère stratégique, structurel, technique, ou culturel^q. Sans surprise, ces éléments se retrouvent pour l'essentiel dans la synthèse que l'équipe de projet HévivA/FEDEREMS a rédigée à partir des réflexions des coordinateurs des EMS quant aux aménagements nécessaires à une phase de déploiement (Annexe 9)^r.

Durant le pilote, tant des leviers que des obstacles ont été observés à l'adoption de la démarche interRAI dans le milieu du long-séjour en établissement médico-social. Néanmoins, certains constats semblent plus importants que d'autres dans le cadre d'un éventuel déploiement à plus large échelle, d'autres étant intrinsèquement liés aux conditions d'une phase pilote⁽⁹⁾.

Au plan stratégique, il faut relever que les professionnels expriment des difficultés à se prononcer clairement sur la plus-value clinique de la démarche iSLD en faisant abstraction des questions relatives au financement des soins, en lien avec un possible remplacement de la méthode PLAISIR par l'iSLD pour le financement. Les inquiétudes évoquées quant à l'absence d'une traduction en actes de soins et temps de travail, et quant à l'impression que cet outil offre une moins bonne prise en considération des incapacités fonctionnelles en comparaison à PLAISIR, sont en partie liées aux inconnues quant aux modalités et finalités de l'implantation de la méthode iSLD.

Cela illustre à quel point les aspects structurels sont importants pour asseoir un changement, la question du financement étant directement liée à celle de la dotation en personnel qualifié, nécessaire pour des soins de qualité⁽¹⁰⁾. En effet, la mise à disposition de temps « hors soins » pour effectuer les évaluations iSLD, jugée comme idéale, a joué un rôle important dans l'accomplissement du pilote sur la durée prévue, ceci en dépit du fait que ces évaluations demandaient plus de temps qu'anticipé par les professionnels sur le terrain. D'ailleurs, une surcharge a été relevée chez certains professionnels en l'absence de temps dédié, tandis que d'autres s'interrogeaient sur la possibilité d'un maintien de telles conditions dans le cadre d'un déploiement. Par ailleurs, il s'agit de rappeler que la phase pilote impliquait une redondance entre les évaluations iSLD et la pratique habituelle d'évaluations cliniques non standardisées. Dans le

^q Voir la section Méthode pour la définition de chacune des dimensions qui caractérisent l'organisation des établissements médico-sociaux selon le modèle proposé par Dellefield (2007).

^r A noter que cette synthèse des « plans d'action sur les aménagements nécessaires » pour une phase de déploiement était une démarche indépendante de l'évaluation conduite par l'IUMSP.

cadre d'un déploiement, il s'agira de revoir les modalités d'évaluations des résidents afin d'éviter une double évaluation de certains domaines.

Au niveau technique, les obstacles relevés ne semblent pas majeurs. Cependant, les critiques sur l'outil sont à prendre en considération avant un déploiement, qu'il s'agisse de l'adapter tout en restant compatible avec la suite interRAI, ou de mieux préparer les professionnels à son utilisation dans la pratique. La version testée de l'iSLD semble insuffisamment détaillée pour certaines populations spécifiques des EMS, notamment les personnes atteintes de troubles de santé mentale ou visuels sévères, pour qui des outils spécifiques de la suite interRAI, déjà existants, pourraient permettre d'améliorer l'évaluation de leurs besoins. Quant aux aspects informatiques, l'effet doublon acceptable durant un pilote, n'aurait pas de sens dans le cadre d'un déploiement qui doit viser l'intégration des systèmes informatiques.

Le bon ancrage de la démarche iSLD au niveau culturel explique l'accueil favorable par les équipes de soins. Deux effets observés durant le pilote sont importants à relever, car ils sont jugés comme propices, voire nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins, ou, plus largement, de la prise en charge des résidents⁽³⁾. Citons tout d'abord, la mobilisation de l'équipe de soins et d'accompagnement autour de la situation des résidents et la revalorisation de l'analyse des situations. De plus, la réflexion quant à la manière de traduire les résultats iSLD en plans de soins témoigne du souhait d'appliquer la démarche dans son entier, afin d'assurer des actions et interventions appropriées. C'est justement dans cette étape que les soignants ont rencontré des difficultés de mise en pratique, qu'il sera important de résoudre à l'avenir. Le pilote a démontré que la perception positive de la démarche iSLD comme soutenant une pratique clinique réflexive prévalait sur la crainte, exprimée par de rares participants, d'une standardisation délétère des pratiques professionnelles. Il est probable que ce type d'appréhension soit accrue lors d'un déploiement hors d'un groupe de volontaires, et qu'elle résulte en partie d'un a priori. D'autres projets d'implémentation de méthodes standardisées, et en particulier de la méthode interRAI, y ont également été confrontés, dans lesquels il a été observé que ces craintes s'atténuent si le déploiement soutient l'application de la démarche à des fins cliniques⁽⁹⁾.

Ces résultats doivent être interprétés dans le contexte d'un pilote au périmètre et à la durée restreints. Les freins au changement pourraient se révéler plus élevés dans le cadre d'un déploiement qu'au sein d'un groupe de volontaires assez motivés, augmentant alors le risque de mésusage de la démarche, via une utilisation mécanique de l'évaluation dont les résultats seraient peu pris en compte dans l'élaboration du plan de soins. De même, les résidents évalués proviennent d'un petit nombre d'EMS (12 sur les quelque 140 que compte le canton de Vaud), et ont été sélectionnés par les évaluateurs sans avoir l'ambition de représenter la population totale des EMS vaudois⁸. De plus l'exclusion, a priori, des résidents atteints de troubles de santé mentale n'a pas permis de tester la démarche sur cette population, de plus en plus fréquente dans les EMS vaudois.

Ces limites ne conduisent pas nécessairement à un risque d'amplification des barrières à l'adoption de la démarche iSLD en cas de déploiement. La durée courte du pilote a notamment pu restreindre la possibilité, pour les professionnels, de percevoir les apports cliniques de la démarche iSLD, qui ne sont par définition présents que lorsqu'elle est appliquée dans son entier, et ne découlent pas

⁸ A noter que l'absence d'informations comparables ne permet pas de savoir si l'échantillon évalué correspondrait à une population relativement habituelle en établissement médico-social gériatrique ou psychogériatrique dans le canton de Vaud.

de la seule évaluation par un instrument de la suite interRAI⁽¹¹⁾. De plus, certains apports potentiels de la démarche iSLD, tels que la possibilité de suivre au cours du temps l'état de santé du résident, le profil de la population d'un établissement, ou encore des indicateurs de qualité (par exemple, la survenue d'ulcères cutanés), n'ont pas été testés durant le pilote. Par ailleurs, la plus-value liée à la transmission d'informations au sein du réseau de soins, qui dépend de l'implémentation du système interRAI dans les divers lieux de soins, est d'ores et déjà reconnue par les professionnels travaillant dans le milieu des longs-séjours.

Tableau 5 Leviers et obstacles à l'adoption de la démarche iSLD

| | Leviers | Obstacles |
|--------------------|---|---|
| Stratégique | <ul style="list-style-type: none"> Continuité des soins, langage commun interinstitutionnel | <ul style="list-style-type: none"> Crainte quant à la traduction en temps de soins et son impact sur le financement |
| Structurels | <ul style="list-style-type: none"> Temps « hors soins », dédié aux évaluations, durant le pilote Disponibilité et soutien de l'équipe de projet HéviVA/FEDEREMS Processus internes d'évaluation de la situation clinique du résident et d'élaboration des plans de soins, en particulier l'utilisation d'instruments validés et de procédures standardisées | <ul style="list-style-type: none"> Caractère « chronophage » des évaluations, notamment en phase d'apprentissage et selon le profil du résident Clientèle des EMS ne correspondant pas aux critères de sélection pour le pilote |
| Techniques | <ul style="list-style-type: none"> Outil et interface de saisie faciles à assimiler Echelles et alertes très appréciées, donnant une synthèse utile de la situation (état de santé global, risques et potentiels d'amélioration) Cadre structurant pour guider les interventions et le suivi clinique des résidents Evaluation et langage standardisés, plus objectifs, dépistage Familiarité avec les procédures informatisées de suivi du résident | <ul style="list-style-type: none"> Certains items jugés superflus ou intrusifs et informations difficiles à trouver Paradoxe perçu entre un grand nombre d'items et certains domaines pas suffisamment approfondis, difficultés de traduction en actes concrets Existence de systèmes informatisés dans les EMS, jugés efficaces Absence d'interface entre le logiciel de support des évaluations iSLD et les systèmes informatisés en place dans les EMS |
| Culturels | <ul style="list-style-type: none"> S'intègre dans la culture médico-sociale interdisciplinaire de soins et d'accompagnement Aspect mobilisateur pour les infirmiers (temps à accorder aux résident) et les équipes (collaboration entre équipe infirmière et équipe de soins/d'accompagnement) Stimulation de l'analyse clinique infirmière et de la réflexion dans les équipes | <ul style="list-style-type: none"> Risque de mésusage perçu, à savoir appliquer cette évaluation de manière trop « mécanique » Difficulté à intégrer les résultats dans l'élaboration du plan de soins ou apport mitigé |

7

Conclusions

7 Conclusions

La bonne participation des professionnels à la réalisation des évaluations iSLD et à l'application de la démarche dans son entier témoigne de sa faisabilité. De plus, la démarche est globalement bien perçue et sa plus-value clinique est relevée, malgré certaines réserves quant au contenu de l'outil, à la bonne application de la démarche et aux aménagements structurels et techniques qui seraient nécessaires pour le déployer durablement dans les établissements.

Relevons aussi que le positionnement des professionnels quant à la pertinence clinique de la démarche est rendu plus complexe en raison du flou qui entoure actuellement les modalités futures d'application de la démarche iSLD et l'avenir de la méthode PLAISIR, en particulier en ce qui concerne le financement des soins. Une prise de position définitive ne sera possible qu'après information de la part des instances publiques et politiques sur les finalités de l'instrument. L'objectif étant de disposer, à terme, d'un outil commun le plus adapté possible aux besoins des professionnels et performant dans l'appréciation clinique des résidents.

Les constats de cette évaluation font l'objet de recommandations présentées ci-après. Ces recommandations intègrent les aspects à maintenir ou renforcer dans la perspective d'un déploiement, ainsi que les points à améliorer avant de pouvoir considérer l'implémentation de la démarche iSLD (adaptation de l'outil, prise en compte des résidents exclus par le protocole du pilote, nécessité d'une interface avec le système informatique actuel, mesures favorisant la traduction des résultats en plan de soins, dotation des collaborateurs impliqués).

8

Recommandations

8 Recommandations

Les constats relatifs aux dimensions stratégique, structurelle, technique, et culturelle permettent d'élaborer les recommandations figurant dans le Tableau 4 ci-après. Comme recommandé par Damschroder⁽¹²⁾, chacune de ces dimensions doit être prise en compte pour une implémentation réussie dans le cadre d'un changement organisationnel complexe.

Au vu du questionnement des professionnels quant aux conséquences potentielles sur le financement des soins, qui les empêche de se prononcer en faveur de l'adoption de la démarche iSLD, les résultats du pilote « coRAI – Temps de soins » constitueront une étape importante et complémentaire qui orientera certaines recommandations émises dans ce rapport.

Tableau 6 **Recommandations à prendre en compte avant une implémentation de la démarche iSLD au niveau cantonal, par dimension organisationnelle**

| Dimension | Recommandation |
|--|--|
| Stratégique | |
| Complément d'information avant prise de décision | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluer la démarche iSLD sur les populations spécifiques (psychiatrie de l'âge avancé, troubles de la vision et de l'audition, etc.) avec les outils spécifiques de la suite interRAI ➤ S'assurer dans le pilote « coRAI - Temps de soins » à venir que soient représentées les différentes missions des EMS et la diversité des profils de résidents évalués |
| Formation | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Idéalement, former les infirmières qualifiées des établissements médico-sociaux à la démarche ; et informer ou former (formations brève) tous les autres personnels de soins et d'accompagnement |
| Structurelle | |
| Formation | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Approfondir le module relatif à l'analyse des résultats et à la traduction en plan de soins/d'accompagnement ➤ Renforcer la formation autour des items parfois jugés intrusifs ➤ Eviter la visioconférence (risque de problème technique et moindre participation) |
| Accompagnement | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Maintenir l'accompagnement sur le terrain par une coordinatrice clinique extérieure, voire l'augmenter pour accompagner au mieux l'implémentation |
| Calendrier | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Permettre l'introduction de cet accompagnement dans chaque EMS rapidement après la phase de formation (délai à laisser à l'appréciation de la coordinatrice clinique) ➤ Déployer en vagues successives afin d'étaler dans le temps formation et accompagnement sur le terrain, et d'optimiser l'utilisation des retours de terrain pour une amélioration continue des formations ➤ S'assurer que l'implémentation dans chaque EMS démarre directement après la phase de formation afin d'en optimiser les effets |
| Ressources | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prévoir les ressources adéquates en dotations infirmières et ASSC, en tenant compte de la fréquence prévue des réévaluations ➤ Selon les résultats du pilote « coRAI - Temps de soins », s'assurer que des mesures soient prises pour maintenir les dotations infirmières et ASSC nécessaires |
| Technique | |
| Modifications de l'outil | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluer si les modifications à l'outil iSLD jugées nécessaires sont faisables et conformes aux possibilités d'adaptation acceptées par l'organisation interRAI ➤ Analyser des solutions pour alléger la charge des réévaluations |

| Dimension | Recommandation |
|----------------------------------|--|
| Intégration des systèmes | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire un diagnostic du parc informatique des EMS en vue d'une intégration de l'outil iSLD avec le dossier informatisé du résident ➤ Intégrer l'iSLD au dossier informatisé du résident et étudier la possibilité d'une intégration plus large des différents documents (p. ex. DMST, PLEX) |
| Choix du fournisseur de logiciel | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire le choix du fournisseur de logiciel de support pour l'iSLD en prenant en compte la qualité des fonctions statistiques qui n'ont été que rarement utilisées dans le pilote |
| Modalités des évaluations | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Déterminer la fréquence des réévaluations ➤ Confier la responsabilité de la démarche aux professionnels infirmiers |
| Culturelle | ➤ |
| Communication | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Clairement nommer les avantages et les raisons d'une implémentation, au niveau micro (patient), meso (EMS) et macro (système de soins) afin de renforcer l'adhésion des professionnels ➤ Diffuser le bilan du pilote « coRAI - Temps de soins » quant aux conséquences et mesures financières liées à un passage de l'outil PLAISIR à l'outil iSLD ➤ Prendre en compte dans les stratégies de communication et la formation les barrières et leviers suivants : perception de la démarche comme étant chronophage et risque de perte du jugement et/ou du libre-arbitre infirmier, objectivité et standardisation des évaluations ➤ Organiser avant le début de l'implémentation une séance d'information à l'ensemble du personnel au sein de chaque EMS |
| Concertation | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inclure des personnes ayant fait l'expérience de ce projet pilote ou du pilote Temps de soins à venir pour la réflexion sur les possibilités de modifications de l'outil et la fréquence des réévaluations, selon les objectifs poursuivis. |
| Colloques interdisciplinaires | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Encourager la réflexion au sein de chaque EMS sur la composition et la structuration des colloques interdisciplinaires, pour l'optimisation des plans de soins et d'accompagnement autour des résultats de l'iSLD en tant que composant du projet d'accompagnement du résident |

9

Références

9 Références

1. Cerase-Feurra V. Le resident assessment instrument (RAI): un outil d'évaluation de la qualité des soins de longue durée. *Gérontologie et société*. 2001;99(4):161-77.
2. Dellefield ME. Implementation of the resident assessment instrument/minimum data set in the nursing home as organization: implications for quality improvement in RN clinical assessment. *Geriatric Nursing*. 2007;28(6):377-86.
3. Piven ML, Ammarell N, Bailey D, Corazzini K, Colón-Emeric CS, Lekan-Rutledge D, et al. MDS coordinator relationships and nursing home care processes. *Western Journal of Nursing Research*. 2006;28(3):294-309.
4. Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters D, Henrard JC, et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC health services research*. 2012;12(1):10.
5. Anderson RA, Toles MP, Corazzini K, McDaniel RR, Colón-Emeric C. Local interaction strategies and capacity for better care in nursing homes: a multiple case study. *BMC health services research*. 2014;14(1):17.
6. Holtkamp C, Kerkstra A, Ooms M, Van Campen C, Ribbe M. Effects of the implementation of the Resident Assessment Instrument on gaps between perceived needs and nursing care supply for nursing home residents in the Netherlands. *International Journal of Nursing Studies*. 2001;38(6):619-28.
7. Landi F, Sgadari A, Zuccala G, Pahor M, Carbonin P, Bernabei R. A brief training program on resident assessment instrument improves motivation of nursing home staff. *J Nutr Health Aging*. 1999;3(1):24-8.
8. Declercq A, Flamaing J, Gosset C, Milisen K, Moons P, Collard J, et al. BelRAI VI : Recherche-action sur l'usage transmurale des instruments d'évaluation BelRAI. Bruxelles: SFP; 2011.
9. de Stampa M, Cerase V, Bagaragaza E, Lys E, Alitta Q, Gammelin C, et al. Implementation of a Standardized Comprehensive Assessment Tool in France: A Case Using the InterRAI Instruments. *Int J Integr Care*. 2018;18(2):5.
10. Roth G, Wolter A, Stolle C, Rothgang H. The long and bumpy road to outcome-oriented management of long-term care in Germany: implementation of the Resident Assessment Instrument in home-care services. *Int J Health Plann Manage*. 2014;29(3):316-29.
11. Stolle C, Wolter A, Roth G, Rothgang H. Improving health status and reduction of institutionalization in long-term care--Effects of the Resident Assessment Instrument-Home Care by degree of implementation. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(5):612-21.
12. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*. 2009;4:50.

10

Annexes

10 Annexes

Les annexes figurent dans le document « Annexes au rapport Implémentation clinique de la démarche interRAI dans les EMS vaudois : évaluation d'un projet pilote », disponible sur demande auprès des auteurs du rapport. Elles comprennent les documents suivants :

1. Questionnaires de fin de formation
2. Tableau de bord
3. Grilles d'observation des études de cas
4. Questionnaires de fin de pilote
5. Grilles d'entretien
6. Grilles de focus groups
7. Résultats détaillés de la mise en œuvre et du contexte du pilote
8. Résultats détaillés de l'évaluation de fin de formation
9. Synthèse HévivA/FEDEREMS des rapports des coordinateurs

