

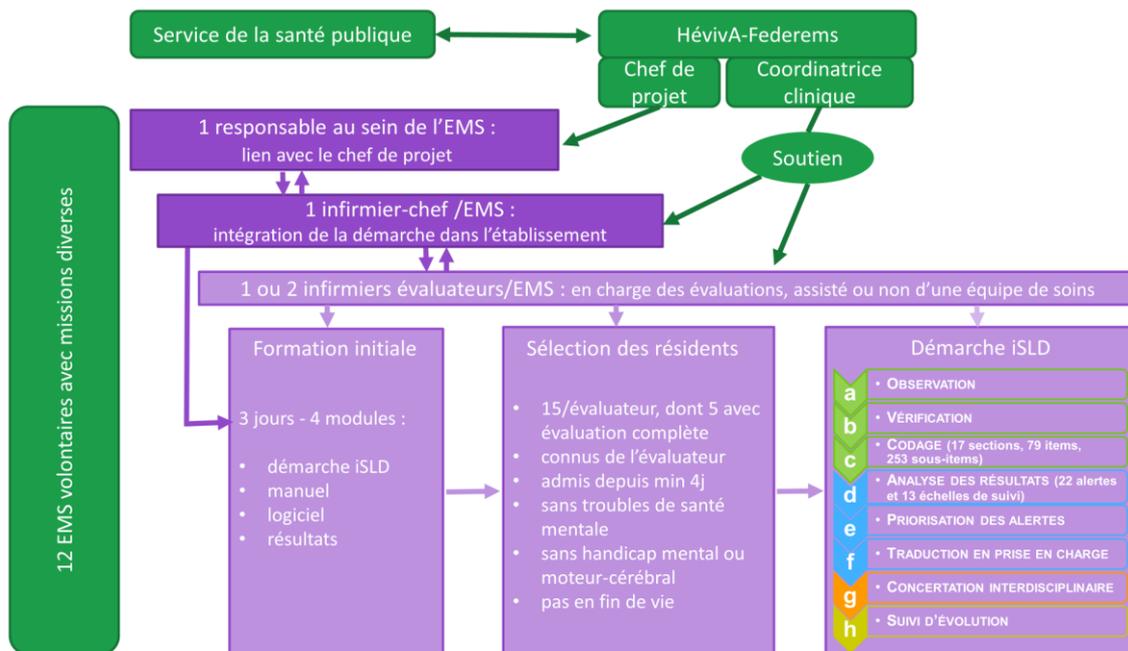
## IMPLEMENTATION CLINIQUE DE LA DEMARCHE interRAI DANS LES EMS VAUDOIS : EVALUATION D'UN PROJET PILOTE<sup>1</sup>

### - EXECUTIVE SUMMARY -

Entre **octobre 2017 et avril 2018**, le Service de la santé publique (SSP), l'Association vaudoise d'institutions médico-psycho-sociales (HéviVA) et la Fédération patronale des EMS vaudois (FEDEREMS), ont conduit un projet pilote dans **12 EMS** volontaires visant à tester l'utilisation clinique de la démarche interRAI® Long Term Care Facilities, traduit en **interRAI Soins Longue durée** (ci-après iSLD). Il n'existe pas, dans les EMS vaudois, de pratique uniforme et standardisée pour évaluer la situation clinique des résidents et élaborer leurs plans de soins. L'outil PLAISIR, présent depuis la fin des années 1990 est utilisé le plus souvent à des fins de financement uniquement.

### DÉROULEMENT DU PILOTE, OBJECTIFS ET MÉTHODE D'ÉVALUATION

Le déroulement du projet pilote était prévu comme suit :



Le SSP a mandaté l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) pour évaluer 1) **la faisabilité** de la démarche iSLD dans les EMS ; 2) son acceptabilité pour les professionnels et notamment ses **apports au niveau clinique** ; 3) **les conditions d'implémentation** de la démarche iSLD dans les EMS vaudois<sup>2</sup>.

Le design évaluatif repose sur des méthodes mixtes (questionnaires, études de cas et focus groups) et se base sur un cadre théorique considérant la mise en œuvre de la démarche iSLD dans un EMS comme un processus d'innovation organisationnelle complexe. Les impacts de la démarche sont envisagés du point de vue **stratégique, structurel, technique et culturel**.

Les résultats de l'évaluation doivent être considérés en tenant compte des **limites suivantes** : 1) la durée du pilote est courte pour apprécier les apports cliniques de la démarche iSLD ; 2) la généralisation des résultats à l'ensemble des EMS du canton n'est pas possible au vu du nombre restreint d'EMS et de professionnels participants ainsi que de l'exclusion des résidents avec troubles de santé mentale.

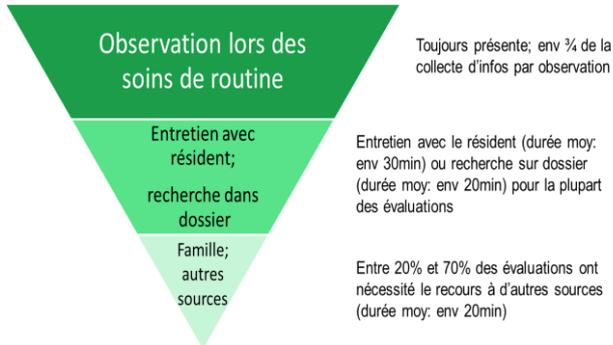
<sup>1</sup> Cattagni Kleiner A et Debons J, Pin S, Simonson T, Santos-Eggimann B, Seematter-Bagnoud, L. Implémentation clinique de la démarche interRAI dans les EMS vaudois : évaluation d'un projet pilote. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2018.

<sup>2</sup> L'impact sur le financement sera étudié dans le cadre du pilote "coRAI - Temps de soins" en 2019.

## FAISABILITÉ, ACCEPTABILITE ET APPORT CLINIQUE : PRINCIPAUX RESULTATS

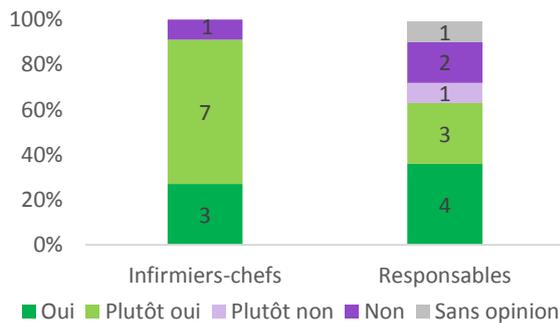
L'objectif des 15 évaluations par évaluateur a été atteint, presque atteint, voire dépassé dans 10 EMS sur 12. La plupart des EMS ont également atteint l'objectif des 5 évaluations complètes par évaluateur et deux EMS ont réalisé la démarche dans son entier pour la majorité des résidents évalués par l'iSLD.

### Modalités et durée de la récolte d'information



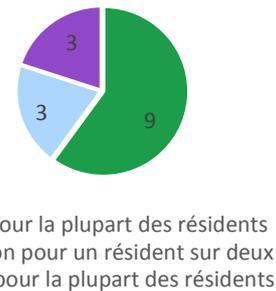
La phase d'observation a le plus souvent impliqué d'autres collaborateurs que l'évaluateur, en général des collègues issus du secteur des soins (assistants et auxiliaires), mais aussi, un peu moins fréquemment, des assistants et auxiliaires du secteur socio-culturel. Les phases de vérification, codage, analyse des résultats et priorisation des alertes ont, à l'inverse, été réalisées principalement par les professionnels de profil infirmier.

### En fin de pilote, la plupart des infirmiers-chefs et des responsables reconnaissent une plus-value clinique à la démarche iSLD :



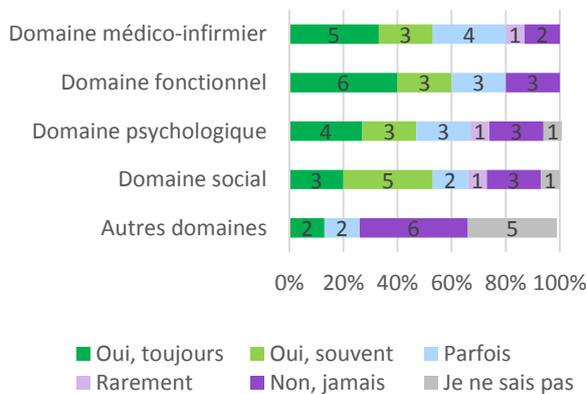
N=11 infirmiers-chefs et 11 responsables

### Deux-tiers des évaluateurs pensent que la démarche iSLD a apporté une plus-value pour la plupart des résidents évalués :



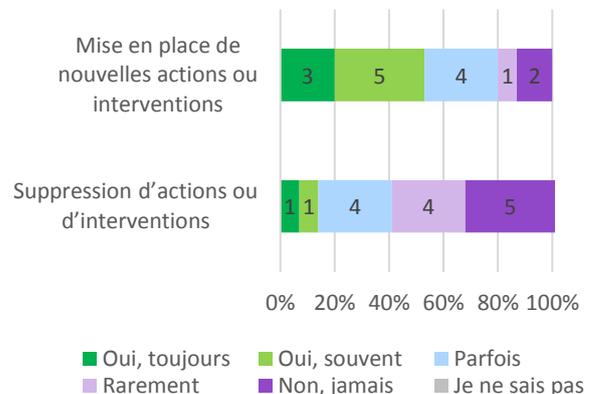
N=15 évaluateurs

### De nouveaux éléments (risques, ressources) ont été identifiés chez les résidents grâce à la démarche iSLD :



N=15 évaluateurs

### De nouvelles actions/interventions ont été intégrées aux plans de soins suite à la démarche iSLD :



N=15 évaluateurs

Par rapport aux pratiques habituelles, les **plus-values** identifiées de la démarche iSLD sont les suivantes : **objectivité** et **standardisation** des évaluations, **vue globale du résident**, **dépistage des syndromes gériatriques** et **support visuel utile** dans le partage des résultats de l'évaluation avec les collègues.

**L'outil iSLD est jugé globalement satisfaisant et pertinent, avec quelques réserves :**

**11/15 évaluateurs trouvent que des items posent problème**

Humeur: questions jugées délicates à poser; difficile si troubles cognitifs

Capacités fonctionnelles: codage pas évident (déterminer niveau d'aide)

Liste de traitements et interventions: pas pertinents pour EMS

**6/15 évaluateurs souhaitent des items plus détaillés**

Malvoyance

Troubles psychiatriques/comportement

Relations familiales/sociales

Capacité à faire sa toilette (haut/bas)

Mais environ la moitié des évaluateurs trouve l'outil trop long.

**5 des 15 évaluateurs ont estimé qu'une alerte (max 3) pose problème**

Risque de chute; risque d'escarre: alertes jugées pas assez sensibles

Activités sociales: déclenchée pour «caractère solitaire»

Prévention: trop sensible

Incontinence: peu pertinent en EMS vu la fréquence du problème

**6 des 15 évaluateurs ont des souhaits quant aux alertes ou échelles**

Surpoids/obésité

Remarques pas prises en compte dans les alertes/échelles

Manque de lien entre malvoyance et autres échelles

**LEVIERS ET OBSTACLES A L'ADOPTION DE LA DEMARCHE iSLD**

Dimension	Levier	Obstacle
Stratégique	Continuité des soins, langage commun interinstitutionnel	Crainte quant à la traduction en temps de soins et son impact sur le financement
Structurelle	Temps hors effectif, dédié aux évaluations, durant le pilote ; soutien de l'équipe de projet ; familiarité avec les évaluation standardisées	Caractère « chronophage » des évaluations ; clientèle des EMS ne correspondant pas aux critères de sélection pour le pilote
Technique	Outil et interface faciles à assimiler ; échelles et alertes très appréciées : image globale du résident (avec risques et potentiels d'amélioration) cadre structurant ; évaluation et langage standardisés, plus objectifs, dépistage ; familiarité avec les procédures informatisées de suivi du résident	Certains items jugés superflus/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
Culturelle	S'intègre dans la culture médico-sociale ; mobilise les infirmiers (temps à accorder au résident) et les équipes (collaboration entre infirmiers et équipe de soins/d'accompagnement) ; stimule l'analyse clinique infirmière et la réflexion dans les équipes	Risque de mésusage perçu, à savoir appliquer cette évaluation de manière trop « mécanique »

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les résultats de l'évaluation témoignent de la faisabilité et de l'acceptabilité de la démarche iSLD. 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. En outre, une prise de position définitive des professionnels est rendue complexe en raison du flou qui entoure actuellement les modalités futures d'application de la démarche iSLD, en particulier en ce qui concerne le financement des soins.

Les constats de cette évaluation font l'objet de **recommandations** présentées ci-après, par domaine organisationnel :

### Dimension stratégique

**Complément d'information avant prise de décision :** **1)** Evaluer la démarche iSLD sur les populations spécifiques (psychiatrie de l'âge avancé, troubles de la vision/ audition, etc.) avec les modules interRAI spécifiques ; **2)** S'assurer dans le pilote « coRAI - Temps de soins » que soient représentées les différentes missions des EMS et la diversité des profils de résidents

**Formation :** Informer ou former tous les autres personnels de soins et d'accompagnement (non-infirmier)

### Dimension structurelle

**Formation :** **1)** Approfondir le module résultats ; **2)** Renforcer la formation autour des items parfois jugés intrusifs ; **3)** Eviter la visioconférence

**Accompagnement :** **1)** Maintenir l'accompagnement sur le terrain, voire l'augmenter ; **2)** l'introduire rapidement après la formation

**Calendrier :** **1)** Implémenter en vagues successives et **2)** directement après la phase de formation

**Ressources :** **1)** prévoir des dotations infirmières et ASSC adéquates ; **2)** Selon les résultats du pilote « coRAI - Temps de soins », s'assurer que des mesures soient prises pour maintenir les dotations infirmières et ASSC nécessaires

### Dimension technique

**Modifications de l'outil :** **1)** Prendre en compte les propositions de modifications de l'outil jugées nécessaires ; **2)** Analyser des solutions pour alléger la charge des réévaluations

**Intégration des systèmes :** **1)** Faire un diagnostic du parc informatique des EMS en vue d'une intégration de l'outil iSLD avec le dossier informatisé du résident ; **2)** 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 :** **1)** Prendre en compte les fonctions statistiques non-utilisées pour le pilote.

**Modalités des évaluations :** **1)** Confier la responsabilité de la démarche aux professionnels infirmiers ; **2)** Déterminer la fréquence des réévaluations

### Dimension culturelle

**Communication :** **1)** 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 ; **2)** Diffuser les résultats du pilote « coRAI - Temps de soins » quant aux conséquences et mesures financières d'un passage de l'outil PLAISIR à l'outil iSLD ; **3)** Prendre en compte, dans les stratégies de communication et dans la formation, les barrières et leviers suivants : perception de la démarche comme étant chronophage et risque de perte de jugement et/ou du libre-arbitre infirmier, objectivité et standardisation des évaluations ; **4)** Organiser avant le début de l'implémentation une séance d'information à l'ensemble du personnel au sein de chaque EMS

**Concertation :** Inclure des personnes ayant fait l'expérience de ce projet pilote ou du pilote "coRAI - Temps de soins" à venir pour la réflexion sur les modifications de l'outil et la fréquence des réévaluations

**Colloques interdisciplinaires :** Encourager la réflexion au sein de chaque EMS sur la composition et la structuration des colloques interdisciplinaires, pour optimiser l'élaboration des plans de soins/d'accompagnement sur la base des résultats de l'iSLD