

IMPLÉMENTATION D'UNE DÉMARCHE interRAI D'ÉVALUATION DES CLIENTS DES CMS VAUDOIS: BILAN D'UN PROJET PILOTE¹

- EXECUTIVE SUMMARY -

1. Description du projet pilote coRAI CMS

Mené en 2017 dans 6 centres médico-sociaux (CMS) du canton, ce projet visait à optimiser le choix de l'outil d'évaluation gériatrique selon le profil du client d'aide et soins à domicile. Il a testé deux nouveaux outils: un outil de dépistage et d'orientation (interRAI Emergency Department Screener (iEDscreener®)) et un instrument d'évaluation gériatrique « courte » (interRAI Contact Assessment version test (iCAtest)) plus léger que le RAI-Home Care Suisse (RAI-HC_{Suisse}) habituellement utilisé chez les clients de soins à domicile. Parmi les objectifs figuraient celui de tester l'utilisation d'un outil de dépistage par des infirmiers et infirmières analystes, spécialisés dans l'analyse des demandes d'aide et de soins à domicile, ainsi que celui de tester l'évaluation iCAtest par des infirmiers et infirmières référents de situation. Finalement, le pilote cherchait à déterminer l'articulation optimale entre l'iEDscreener, l'iCAtest et le RAI-HC_{Suisse}.

Processus :

- L'iEDscreener était administré par téléphone par des infirmiers et infirmières analystes à tous les nouveaux clients. En quelques questions, cet outil permet de définir un score de risque d'évènements de santé défavorables selon l'interRAI Assessment Urgency Algorithm (iAUA). Plus ce score (valeurs : 1 à 6) est élevé, plus le risque l'est aussi.
- L'iCAtest a été administré par des infirmiers et infirmières référents chez tous les clients en demande d'aide pratique seulement (nonOPAS7) et par des infirmiers et infirmières évaluateurs RAI chez les clients en demande de soins (OPAS7). Chez ces derniers, l'iCAtest a été utilisé lorsque le client avait un score iAUA inférieur à 4, tandis que le RAI-HC_{Suisse} était utilisé si le score iAUA était égal ou supérieur à 4 (profil « à risque »).

¹ Seematter-Bagnoud L, Cattagni Kleiner A, Fustinoni S, Santos-Eggimann B. Implémentation d'une démarche interRAI d'évaluation des clients des CMS vaudois: bilan d'un projet pilote. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2019 (Raisons de santé 298). <http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/298>

2. Objectifs de l'évaluation

Il s'agissait d'examiner :

- La mise en œuvre du projet
- La satisfaction des participants quant à la formation à l'utilisation des outils
- La pertinence de contenu des outils (en particulier de l'iCAtest) et leur apport clinique, de l'avis des participants
- La satisfaction des participants quant au logiciel utilisé pour le pilote
- La satisfaction quant à la démarche proposée et à l'organisation mise en place pour le pilote
- Le coût de la formation à l'utilisation des outils, et le coût de l'évaluation par l'iCAtest
- Le niveau de risque iAUA pour lequel une évaluation courte (iCAtest) semble pertinente

3. Méthodes

La consultation des professionnels (infirmiers : 12 analystes, 13 référents, 9 évaluateurs RAI ; non-infirmiers (ergothérapeutes, assistantes sociales et diététiciennes): 21 ; cadres : 8 ; équipe de projet AVASAD : 4) a été réalisée au moyen de questionnaires, d'entretiens individuels et de focus groups.

Le profil des clients des CMS a été examiné au moyen des données administratives, des données collectées lors des évaluations et des prestations fournies chez les clients évalués par l'iEDscreener, l'iCAtest ou le RAI-HC_{Suisse} (160 clients en demande d'aide pratique et 145 clients en demande de soins).

4. Limites de l'évaluation

Les résultats sont limités par les aspects suivants, directement liés au déroulement du pilote :

- Petit nombre de professionnels participant au pilote
- Nombre restreint d'évaluations iCAtest effectuées par certains professionnels durant le pilote
- Estimation de la durée nécessaire à l'évaluation iCAtest difficile et dépendante du fait que certains professionnels étaient potentiellement encore en phase d'apprentissage
- Utilisation limitée des alarmes et échelles pour l'élaboration du plan de soins
- Évaluation des clients en demande d'aide pratique par les infirmières référentes: le choix d'un processus d'évaluation différent de la pratique usuelle n'a pas permis de juger de la faisabilité de ces évaluations par les professionnels non-infirmiers, tel que souhaité par l'AVASAD dans le futur
- Échantillon relativement restreint de clients pour lesquels des données d'évaluation sont disponibles (effectif faible dans certains niveaux de risque iAUA)
- Non-représentativité des CMS, des professionnels, et des clients inclus dans le pilote

5. Principaux résultats

Les principaux constats de l'évaluation, repris dans le tableau A ci-après, sont les suivants :

Contexte et mise en œuvre

Le projet pilote a été initié sur la base d'un intérêt certain des professionnels envers l'introduction d'outils d'évaluation plus brefs que le RAI-HC_{Suisse}, afin d'avoir une évaluation proportionnelle à la situation. Cette motivation initiale, d'autant plus présente que les CMS inclus l'étaient sur une base volontaire, a néanmoins été freinée par divers facteurs, notamment liés à l'organisation spécifique mise sur pied pour le pilote.

La collaboration étroite entre l'équipe de projet coRAI du SSP et l'équipe de l'AVASAD a apporté des compétences professionnelles complémentaires, exploitées en particulier lors de l'élaboration de l'outil iCAtest et des formations.

Les imprévus successifs du pilote (changement de périmètre, prolongation, annonce d'une décision de déploiement en milieu de pilote, annonce de l'anticipation de ce déploiement avant la fin du test) ont engendré une déstabilisation des professionnels.

Adéquation de la formation à l'utilisation des outils

La formation à l'utilisation de l'iEDscreener et de l'iCAtest a été jugée de qualité par les infirmières et infirmiers formés. Cependant, de l'avis de ces derniers comme des formateurs, elle devrait être renforcée en ce qui concerne l'intégration des outils dans la pratique et pour élaborer le plan de soins des clients.

Pertinence des outils

L'iEDscreener comme l'iCAtest sont jugés plutôt positivement. Notamment, l'iCAtest apporte une plus-value pour l'évaluation des clients avec demande d'aide pratique.

La majeure partie du contenu de l'iCAtest a été considérée comme pertinente par les professionnels du terrain. La finalisation de l'outil pour le déploiement devrait en être facilitée, moyennant la révision ou suppression de certains items ou des modalités de codage, et en tenant compte des contraintes liées à la compatibilité interRAI.

Logiciel et besoins informatiques

Le logiciel testé pour l'utilisation de l'iCAtest s'est révélé facile d'utilisation, le point négatif principal étant l'impossibilité de l'utiliser hors connexion internet durant le pilote. Par ailleurs, l'utilisation d'un logiciel non intégré au système informatique déjà en place dans les CMS est peu efficiente d'un point de vue logistique.

Démarche et organisation

Globalement, les professionnels sont favorables à la démarche d'orienter les clients vers une évaluation plus ou moins approfondie selon leur profil de santé. L'insatisfaction des professionnels réside surtout dans le processus d'évaluation proposé dans le pilote, en particulier :

- Le choix de faire effectuer les dépistages (iEDscreener) par les infirmières analystes, la plupart travaillant en dehors des CMS au sein d'une centrale téléphonique. Des difficultés sont relevées pour compléter le dépistage. D'une part, certaines questions sont jugées intrusives pour un premier contact, d'autre part, il n'y a pas toujours de contact direct avec le client.
- Le choix de confier les évaluations courtes (iCAtest) aux référents de profil infirmier uniquement et ce, sans les décharger d'une partie de leurs activités. Cette option, choisie pour faciliter la formation et évaluer le remboursement ou non par les assureurs des évaluations des clients en demande d'aide pratique seulement, a occasionné une surcharge des IR, tiraillés entre les évaluations iCAtest et le suivi de leurs clients.

Coût de l'évaluation par l'iCAtest

L'estimation du coût de l'évaluation par l'iCAtest est difficile en raison de la grande variabilité selon le CMS, du temps consacré à cette évaluation et de la façon de documenter ce dernier, de même que par l'expérience limitée de certains participants qui ont réalisé un faible nombre d'évaluations iCAtest. Cependant, les données relevées indiquent que l'évaluation par l'iCAtest est plus courte que celle par le RAI-HC_{Suisse}, et qu'elle prend moins de temps chez les clients en demande d'aide pratique que chez ceux en demande de soins, dont le profil de santé est en général moins favorable. Ceci indique que l'iCAtest remplit l'objectif de réduire le temps consacré à l'évaluation dans les situations plus légères. Par ailleurs, les évaluations par l'iCAtest ne doivent pas être considérées comme génératrices de coûts additionnels puisqu'elles remplacent les évaluations non standardisées que les infirmiers et infirmières référents effectuent hors du projet pilote et constituent plutôt une modification de leur activité.

Seuil pour lequel une évaluation courte vs longue devrait être proposée

Sous réserve d'une analyse effectuée sur un échantillon restreint, la concordance observée entre le niveau de risque iAUA issu de l'iEDscreener et de l'iCAtest est faible, suggérant que l'iAUA issu de l'analyse de la demande par l'iEDscreener n'est pas optimal pour orienter vers une évaluation courte ou complète. Deux explications potentielles sont néanmoins à prendre en compte : le délai entre l'évaluation de la demande et l'iCAtest, durant lequel la situation du client peut se modifier, et la difficulté à compléter l'iEDscreener pour les clients hospitalisés.

Qu'il s'agisse de clients en demande d'aide pratique ou en demande de soins, le profil de santé des personnes ayant un score de risque iAUA < 4 est plus favorable que celui des clients avec score iAUA ≥ 4. Ces derniers présentent plus souvent une atteinte fonctionnelle et/ou cognitive, de même que divers syndromes gériatriques (problèmes de communication, incontinence, déshydratation, risque de chutes, ...), ou encore un système d'aide informelle (disponibilité de proches aidants) plus fragile.

Plusieurs de ces dimensions ne sont pas évaluées, ou évaluées de manière moins poussée par l'iCAtest que par le RAI-HC_{Suisse}, et l'iCAtest n'a pas d'alarme correspondant à certaines de ces dimensions. Une évaluation courte semble ainsi pertinente pour les niveaux de risque iAUA < 4, tandis que l'évaluation RAI-HC_{Suisse} serait effectuée pour les niveaux de risque iAUA ≥ 4. L'examen des prestations fournies aux groupes ayant un score iAUA inférieur à 4 comparés à ceux ayant un score iAUA ≥ 4 conforte cette proposition. Selon l'échantillon analysé, environ 10-20% des clients en demande d'aide pratique et 50-60% des clients en demande de soins ont un iAUA ≥ 4.

Il ne paraît pas pertinent de déterminer un niveau de risque pour lequel l'évaluation courte ne serait pas effectuée. En effet, entre 35% et 44% des clients en demande d'aide pratique ont un score iAUA à 1. Ce groupe présente tout de même une fréquence non négligeable de syndromes gériatriques plutôt débutants (notamment : déclin cognitif léger à modéré (25%), risque de chutes (49%), dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (18%)), pour lesquels le CMS pourrait intervenir et qui ne seraient pas dépistés en l'absence d'évaluation iCAtest. En revanche, d'autres critères pourraient être utilisés pour identifier les clients en demande d'aide pratique pour lesquels une évaluation de type iCAtest représente un investissement disproportionné. Par exemple, selon la nature ou la durée prévue des prestations sollicitées (transports occasionnels, demande ponctuelle ou de courte durée)^b.

Tableau A Synthèse des réponses aux questions d'évaluation

ELEMENTS D'ANALYSE	POINTS POSITIFS	POINTS NEGATIFS
MISE EN ŒUVRE	<p>Intérêt des professionnels pour l'introduction d'un outil d'évaluation plus bref que le RAI-HC_{Suisse}</p> <p>Collaboration des équipes de projet coRAI du SSP et de l'AVASAD pour l'élaboration des formations et de l'outil iCAtest</p> <p>Introduction dans le délai prévu de l'iEDscreener et utilisation pour pratiquement tous les nouveaux clients</p> <p>Grande disponibilité de l'équipe de projet coRAI de l'AVASAD envers les collaborateurs des CMS</p>	<p>Changement de périmètre ; annonce d'une décision de déploiement et anticipation du déploiement</p> <p>Report de l'introduction de l'iCAtest et utilisation pour un volume de clients inférieur à la cible, nécessitant une prolongation du pilote</p> <p>Application hétérogène des consignes d'utilisation de l'iEDscreener et de l'iCAtest</p>
FORMATION et ACCOMPAGNEMENT à l'utilisation des outils iEDscreener et iCAtest	<p>Contenu et format de bonne qualité, répondant aux besoins des collaborateurs</p> <p>Interventions de suivi et support métier très appréciés</p>	<p>Formation insuffisante pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une bonne intégration des outils dans la pratique - L'utilisation des résultats dans la prise en charge du client

^b De tels critères d'utilisation existent pour la méthode RAI-HC_{Suisse} et pourraient être adaptés (Règles d'utilisation de la méthode RAI-HC_{Suisse}, version octobre 2016, AVASAD, Lausanne).

ELEMENTS D'ANALYSE	POINTS POSITIFS	POINTS NEGATIFS
PERTINENCE ET APPORT CLINIQUE DE L'iEDscreener	Facile à prendre en main	Perçu comme parfois disproportionné et contenant certaines questions intrusives
PERTINENCE ET APPORT CLINIQUE DE L'iCAtest	Contenu en grande majorité pertinent Clients en demande d'aide pratique : profil plus complet que les évaluations non standardisées usuelles	Trop long, 6 des 42 items jugés non pertinents ou redondants, codage compliqué pour 10 des 42 items Clients en demande de soins : manque d'informations, profil moins complet qu'avec l'évaluation par le RAI-HC _{Suisse}
LOGICIEL et BESOINS INFORMATIQUES	Utilisation facile, navigation agréable, fonctionnalités rassurantes	Utilisation hors connexion problématique Absence d'intégration avec système informatisé en place, avec pour conséquences une double saisie et le manque de traçabilité des résultats d'évaluation iCAtest
SATISFACTION quant à la démarche et à l'organisation	Démarche appréciée car favorise l'équité de traitement des clients	Organisation : - Dépistages iEDScreener par les infirmières analystes par téléphone → difficile d'obtenir les réponses aux questions (pas toujours contact direct avec clients, intrusif pour un premier contact) - Evaluations courtes (iCAtest) par les infirmières référentes uniquement → surcharge de travail, compétition entre évaluations iCAtest et suivi de leurs clients
COÛTS DE L'ÉVALUATION par l'iCAtest	Evaluation par l'iCAtest plus courte que par le RAI-HC _{Suisse} Evaluation iCAtest plus courte chez clients en demande d'aide pratique que chez clients en demande de soins	Grande variabilité des durées d'évaluation par l'iCAtest et de leur méthode d'enregistrement entre les différents CMS du pilote
NIVEAU DE RISQUE iAUA ORIENTANT VERS UNE ÉVALUATION COURTE	Clients en demande d'aide et clients en demande de soins : Seuil iAUA <4 semble pertinent pour une évaluation courte, et iAUA ≥4 pour une évaluation RAI-HC _{Suisse}	Concordance plutôt faible entre le niveau de risque iAUA issu de l'iEDscreener (par téléphone) et celui reconstruit à partir de l'iCAtest (en lien avec le délai entre l'analyse par iEDscreener et l'évaluation iCAtest à domicile, ou en raison d'une situation d'hospitalisation)

6. Recommandations

A l'issue du projet pilote coRAI CMS, les recommandations présentées dans le tableau B ci-dessous visent à soutenir la préparation du déploiement de la démarche coRAI dans les CMS du canton, sachant que ce dernier a été décidé depuis lors. Elles tiennent compte des évolutions de l'iCAtest vers l'outil interRAI Check-up, et du passage du RAI-HC_{Suisse} à la version interRAI Home Care envisagées par le Service de la santé publique au moment de la rédaction de ce rapport.

Tableau B Synthèse des éléments à prendre en compte pour le déploiement

ASPECTS	RECOMMANDATIONS (listées dans l'ordre chronologique pour chaque aspect)
FORMATION et ACCOMPAGNEMENT	<p>Optimiser les formations élaborées pour le pilote, en renforçant les aspects liés à l'intégration dans la pratique, en particulier la formation à l'analyse des résultats des évaluations iCAtest et à leur utilisation dans l'élaboration de la prise en charge</p> <p>Conserver les interventions de suivi (ateliers de consolidation, séances d'accompagnement individuel, appui auprès des CMS, support métier coRAI)</p> <p>Garder un équilibre entre approche systématique et jugement clinique afin de valoriser les compétences professionnelles des collaborateurs</p> <p>Eviter de former les collaborateurs peu avant une période de vacances</p> <p>Tenir compte d'un temps d'appropriation relativement conséquent pour l'utilisation optimale de nouveaux outils</p> <p>Prévoir des séances de formation continue</p>
PERTINENCE et APPORT CLINIQUE	<p>Tenir compte du souhait d'un outil iCA plus court en supprimant les items redondants ou peu pertinents et simplifiant le codage de certains items, tout en s'orientant vers un outil plus modulable</p> <p>Modifier dans la mesure du possible les options de codage de la capacité à effectuer des activités quotidiennes qui nourrissent tant l'échelle des AVQ que celle de performance cognitive, afin de répondre à la volonté de les produire dans les différents lieux de soins du canton</p>
LOGICIEL et BESOINS INFORMATIQUES	<p>Tenir compte des points forts et des limites du logiciel testé pour l'établissement d'un cahier des charges guidant le choix du futur logiciel et notamment assurer la possibilité d'utilisation hors connexion</p> <p>Garantir la sécurité des données, et prévoir une consultation juridique dans cette optique</p> <p>Travailler sur l'intégration avec les systèmes en place</p>
DEMARCHE et ORGANISATION	<p>Réfléchir au meilleur moment et lieu pour effectuer le dépistage par l'IEDscreener et modifier le processus d'évaluation en fonction</p> <p>Concernant l'évaluation des clients en demande d'aide pratique: Examiner la faisabilité des évaluations iCA par les professionnels non infirmiers, en particulier ergothérapeutes</p> <p>Simplifier le processus pour le client : éviter la répétition de questions et la multiplicité des intervenants</p> <p>Adapter l'organisation des CMS en fonction des choix effectués, notamment en termes de cahier des charges et dotations</p>

ASPECTS	RECOMMANDATIONS (listées dans l'ordre chronologique pour chaque aspect)
COÛTS DE LA FORMATION ET DE L'ÉVALUATION iCAtest	<p>Documenter en temps réel la durée des différentes phases de l'évaluation iCA, afin de mieux comprendre les facteurs influençant la durée de l'évaluation</p> <p>Négocier avec les assureurs en vue du remboursement d'évaluations iCA chez les clients en demande d'aide pratique seulement. En particulier si l'option d'évaluations effectuées par des collaborateurs non-infirmiers est retenue dans le cadre du déploiement</p>
NIVEAU DE RISQUE iAUA POUR UNE ÉVALUATION COURTE	<p>Selon la démarche choisie pour l'administration de l'iEDscreener (moment/lieu), répéter, sur un échantillon plus grand, l'examen de la concordance du niveau de risque iAUA selon la source utilisée et l'identification du seuil optimal pour l'application de l'outil court.</p> <p>Examiner la faisabilité (ressources financières/professionnels formés ou à former), d'évaluer par l'outil court les clients ayant un score iAUA <4, sans tenir compte de la nature OPAS7 ou non des prestations demandées</p> <p>Examiner l'impact de l'évolution de l'iCAtest vers l'outil interRAI Check Up, et du passage du RAI-HC_{Suisse} à la version interRAI Home Care, sur les domaines évalués ou non dans ces nouvelles versions, pour à s'assurer que le seuil à 4 reste pertinent.</p> <p>Examiner la possibilité de faire évoluer l'iCAtest et le RAI-HC_{Suisse} vers un outil commun plus modulable afin de prendre en compte différents besoins selon les situations</p> <p>Réviser les règles d'utilisation de l'outil d'évaluation court afin de mieux cibler les clients qui n'auraient pas besoin d'une telle évaluation, en fonction du type et de la durée prévue des prestations</p>
PLANIFICATION et COMMUNICATION	<p>Prévoir une information suffisante des professionnels de fonction administrative ou managériale qui n'utilisent pas directement les nouveaux outils</p> <p>Expliciter les enjeux de santé publique de ces nouvelles démarches et outils d'évaluation, en différenciant la perspective individuelle et la vision populationnelle</p> <p>Exposer les enjeux financiers, en explicitant que les effets d'un tel projet sont attendus à long terme plutôt qu'à court terme</p> <p>Prévoir un temps d'appropriation pour modifier les pratiques et la culture professionnelles</p>