

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique  
COAV – Centre d'observation et d'analyse du vieillissement

# Implémentation d'une démarche interRAI d'évaluation des clients des CMS vaudois: bilan d'un projet pilote

Laurence Seematter-Bagnoud, Anne Cattagni Kleiner, Sarah Fustinoni,  
Brigitte Santos-Eggimann

RAISONS DE SANTÉ 298 – LAUSANNE

*Unil*  
UNIL | Université de Lausanne

**unisanté**  
Centre universitaire de médecine générale  
et santé publique • Lausanne

## Raisons de santé 298

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

### Citation suggérée

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>

### Remerciements

Les auteures remercient :

- Toutes les professionnelles et tous les professionnels ayant participé aux questionnaires, entretiens et focus groups,
- 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, ainsi que Martine Karlen et Olivier Fontaine, responsables du projet pilote coRAI à l'AVASAD et leurs collègues Nathalie Bacq, ergothérapeute, et Arnaud Dulimbert, infirmier clinicien,
- Stéphanie Pin, Stéphanie Lociciro et Sanda Samitca pour leur appui méthodologique,
- Lionel Meylan, Ludivine Claus, Mathusanaa Mahendrathas, Laura Mendes, et Katarina Vujovic pour leur appui à la préparation des questionnaires et au travail de retranscription, ainsi que Céline Racine pour son soutien technique,
- Jocelyne Muller pour son aide à la mise en page du rapport.

### Date d'édition

Mars 2019

# Table des matières

<b>1</b>	<b>Résumé</b>	<b>9</b>
1.1	Le projet pilote coRAI CMS	11
1.2	Processus	11
1.3	Les objectifs de l'évaluation	11
1.4	Méthode	12
1.5	Limites	12
1.6	Principaux résultats	12
1.6.1	Contexte et mise en œuvre (section 5.1)	12
1.6.2	Adéquation de la formation à l'utilisation des outils (section 5.2)	13
1.6.3	Pertinence des outils (section 5.3)	13
1.6.4	Logiciel et besoins informatiques (section 5.4)	13
1.6.5	Démarche et organisation (section 5.5)	13
1.6.6	Coût de l'évaluation par l'iCAtest (section 5.6)	14
1.6.7	Seuil pour lequel une évaluation courte vs longue devrait être proposée (section 5.7)	14
1.7	Recommandations	15
<b>2</b>	<b>Introduction</b>	<b>17</b>
2.1	Objectif général	19
2.2	Processus habituel d'évaluation des clients des CMS	20
2.3	Déroulement du pilote	20
2.3.1	Volet 1 : Introduction d'un outil de dépistage	20
2.3.2	Volet 2 : Introduction d'un outil d'évaluation « court »	21
<b>3</b>	<b>Contexte du pilote et de son évaluation</b>	<b>25</b>
<b>4</b>	<b>Objectifs et méthode d'évaluation</b>	<b>29</b>
4.1	Objectifs de l'évaluation	31
4.2	Méthode d'évaluation	31
4.2.1	Consultation des professionnels	31
4.2.2	Données relatives aux clients des CMS	34
<b>5</b>	<b>Résultats</b>	<b>37</b>
5.1	Mise en œuvre du pilote	39
5.1.1	Aspects généraux	39
5.1.2	Respect du calendrier	40
5.1.3	Communication et mise en œuvre des consignes	40
5.2	Appréciation de la formation à l'utilisation des nouveaux outils	41
5.2.1	Description	41
5.2.2	Évaluation effectuée par l'AVASAD à l'issue des formations	42
5.2.3	Évaluation effectuée par l'IUMSP à l'issue du pilote	44
5.3	Pertinence de contenu et apport clinique des nouveaux outils	45
5.3.1	Évaluation de l'iEDscreener	45

5.3.2	Evaluation de l'iCAtest .....	47
5.4	Appréciation du logiciel testé et besoins informatiques futurs.....	56
5.4.1	Utilisation du logiciel .....	57
5.4.2	Intégration du logiciel .....	58
5.4.3	Sécurité .....	59
5.5	Satisfaction quant à la démarche et à l'organisation mise en place pour le pilote.....	59
5.5.1	Rappel des particularités par rapport aux processus usuels.....	59
5.5.2	Avis des infirmières analystes quant à la démarche du dépistage par l'IEDscreener	60
5.5.3	Avis quant à la démarche d'évaluations globales et systématiques des clients en demande d'aide pratique .....	60
5.5.4	Avis quant à la pertinence d'utiliser un outil plus court que le RAI-HC <sub>Suisse</sub> pour certains clients en demande de soins.....	62
5.5.5	Avis des professionnels sur l'organisation.....	63
5.6	Coûts de la formation à l'utilisation des nouveaux outils et de l'évaluation par l'iCAtest .....	66
5.6.1	Coûts de la formation et de l'accompagnement à l'utilisation des nouveaux outils ...	67
5.6.2	Coûts des évaluations par l'iCAtest .....	68
5.6.3	Remboursement par les assureurs des évaluations de clients par l'iCAtest.....	70
5.7	Identification du niveau de risque iAUA pour l'utilisation de l'iCAtest vs RAI-HC <sub>Suisse</sub> .....	70
5.7.1	Analyse de la concordance entre sources de l'iAUA .....	71
5.7.2	Clientèle en demande d'aide pratique (nonOPAS7).....	73
5.7.3	Clientèle en demande de soins (OPAS7) .....	78
5.7.4	Extrapolation à l'ensemble des clients évalués durant le pilote .....	83
5.7.5	Synthèse des résultats.....	84
<b>6</b>	<b>Synthèse et recommandations .....</b>	<b>89</b>
6.1	Synthèse des résultats.....	91
6.2	Recommandations .....	95
<b>7</b>	<b>Références .....</b>	<b>97</b>
<b>8</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>101</b>
8.1	L'outil iEDscreener et l'iAUA .....	103
8.2	Questionnaires.....	104
8.2.1	Questionnaire (expérience) infirmières et infirmiers analystes.....	104
8.2.2	Questionnaire (expérience) infirmières et infirmiers référent(e)s.....	111
8.2.3	Questionnaire (expérience) infirmières évaluatrices et infirmiers évaluateurs .....	124
8.2.4	Questionnaire (expérience) ergothérapeutes, diététiciens et diététiciennes, assistantes sociales et assistants sociaux.....	135
8.2.5	Questionnaire (contenu) infirmières et infirmiers référent(e)s.....	140
8.2.6	Questionnaire (contenu) infirmières évaluatrices et infirmiers évaluateurs.....	150
8.3	Grilles d'entretiens.....	161
8.3.1	Grille pour l'entretien avec les responsables de projet de l'AVASAD (13 novembre 2017) .....	161
8.3.2	Grille pour l'entretien avec la directrice de la CASAD (14 novembre 2017) .....	163
8.3.3	Grille pour l'entretien avec les directrices des A/F (15 novembre 2017) .....	164

8.3.4 Grille pour l'entretien avec l'équipe informatique de l'AVASAD (16 novembre 2017) .....	165
8.4 Grilles de focus groups .....	166
8.4.1 Grille pour le focus group des cadres (4 décembre 2017) .....	166
8.4.2 Grille pour le focus group des infirmières évaluatrices (4 décembre 2017).....	168
8.4.3 Grille pour le focus group des infirmières référentes (5 décembre 2017).....	170
8.4.4 Grille pour le focus group des infirmières analystes (7 décembre 2017).....	172
8.5 Avis des professionnels sur la formation et l'accompagnement reçus pendant le projet pilote – Rapport intermédiaire.....	173
8.6 Evaluation de l'outil interRAI Contact Assessment version test (iCAtest) – Rapport intermédiaire.....	181
8.7 Evaluation du logiciel et des besoins informatiques futurs dans ce domaine - Rapport intermédiaire.....	207
8.8 Evaluation des coûts liés à l'utilisation des outils iEDscreener et iCAtest - Rapport intermédiaire.....	213
8.9 Analyse de la concordance entre le score iAUA par téléphone et celui issu de l'iCAtest – rapport intermédiaire.....	217
8.10 Analyse des données des clients des CMS en vue de déterminer un seuil de score iAUA pour l'administration de l'iCAtest .....	221

## Liste des tableaux

Tableau 1	Moyennes mensuelles du nombre de clients répartis selon le type de prestations, par CMS, entre le 1er juin et le 30 novembre 2017.....	23
Tableau 2	Caractéristiques des infirmières et infirmiers inclus dans le pilote, au 1/10/2017 .....	33
Tableau 3	Evaluation par l'AVASAD du contenu de la formation à l'iEDscreener et à l'iCAtest (synthèse IUMSP).....	43
Tableau 4	Synthèse de l'évaluation des items: pertinence de la présence, aisance de codage et fréquence .....	51
Tableau 5	Synthèse de l'évaluation des échelles et alarmes: pertinence de la présence et fréquence .....	53
Tableau 6	Avis des professionnels sur qui devrait faire les évaluations iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique .....	65
Tableau 7	Nombre d'heures et coûts de formation des formateurs.....	67
Tableau 8	Nombre d'heures et coûts de formation des professionnels des CMS .....	67
Tableau 9	Durée des évaluations par l'iCAtest entre juin 2017 et avril 2018 .....	69
Tableau 10	Nombre d'heures et coûts des évaluations par l'iCAtest entre juin et novembre 2017 .....	69
Tableau 11	Distribution des scores iAUA issus de l'iED screener et de l'iCAtest.....	72
Tableau 12	Fréquences des échelles de l'iCAtest selon le niveau de risque iAUA, clients en demande d'aide pratique (nonOPAS7) .....	76
Tableau 13	Fréquences d'items sélectionnés de l'iCAtest selon le niveau de risque iAUA, clients en demande d'aide pratique (nonOPAS7) .....	77
Tableau 14	Fréquences des alarmes Chutes et Risque d'hospitalisation de l'iCAtest, selon le niveau de risque iAUA, clients en demande d'aide pratique (nonOPAS7) .....	77
Tableau 15	Prestations fournies au moins une fois dans les 30 jours suivant l'évaluation, selon le niveau de risque iAUA, clients en demande d'aide pratique (nonOPAS7) .....	78
Tableau 16	Fréquence des alarmes du RAI-HC <sup>Suisse</sup> selon le niveau de risque iAUA, clientèle en demande de soins (OPAS7) .....	81
Tableau 17	Prestations fournies au moins une fois dans les 30 jours après l'évaluation, selon le niveau de risque iAUA, clientèle en demande de soins (OPAS7) .....	82
Tableau 18	Synthèse des réponses aux questions d'évaluation.....	94
Tableau 19	Synthèse des éléments à prendre en compte pour le déploiement.....	96

## Liste des figures

Figure 1	Phases du projet pilote coRAI AVASAD.....	20
Figure 2	Processus d'évaluation des clients dans le cadre du projet pilote coRAI AVASAD .....	22
Figure 3	CMS inclus dans le pilote et application des nouveaux outils .....	23
Figure 4	Procédure de collecte de données auprès des professionnels.....	32
Figure 5	Dimensions issues de l'évaluation du logiciel et des besoins informatiques .....	57
Figure 6	Avis des infirmières analystes quant à la plus-value de l'iEDscreener pour l'analyse de la demande.....	60
Figure 7	Avis des professionnels quant à la plus-value clinique de l'iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique .....	61
Figure 8	Avis des professionnels quant à la pertinence de l'iCAtest pour certains clients en demande de soins.....	62
Figure 9	Avis des professionnels sur le dépistage par iEDscreener lors de l'analyse de la demande.....	63
Figure 10	Distribution de la clientèle en demande d'aide pratique (nonOPAS7) dans les niveaux de risque iAUA.....	74
Figure 11	Distribution de la clientèle en demande de soins (OPAS7) dans les niveaux de risque iAUA.....	79
Figure 12	Distribution des scores iAUA des clients évalués par l'iEDscreener, selon le type des prestations demandées.....	83
Figure 13	Estimation de la proportion des clients qui seraient orientés vers une évaluation iCA ou RAI-HC <sub>Suisse</sub> sur la base d'un seuil iAUA à 4 .....	84

## Liste des abréviations

- A/F** : Association ou Fondation régionale d'aide et de soins à domicile
- AVASAD** : Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile
- AVQ** : Activités de la vie quotidienne
- CASAD** : Centrale d'appels des soins à domicile du Grand Lausanne
- coRAI** : Programme de coordination des soins renforcé grâce à la suite interRAI
- CMS** : Centre médico-social
- FG** : Focus group
- IA** : Infirmières analystes
- iAUA** : interRAI Assessment Urgency Algorithm©
- interRAI** : Organisation internationale sans but lucratif qui développe des outils issus de la méthode RAI
- iCAtest** : Version test (adaptée pour le pilote) de l'interRAI Contact Assessment
- IE** : Infirmières évaluatrices
- iEDscreener** : interRAI Emergency Department Screener©
- IR** : Infirmières référentes
- NI** : Personnel non infirmier (ergothérapeutes ; assistant-e-s sociaux-ales et diététicien-ne-s)
- OPAS** : Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
- RAI** : Resident assessment instrument
- RAI-HCSuisse** : RAI-Home Care version suisse (outil RAI de l'ancienne génération, i.e. avant les outils développés par l'organisation interRAI)
- RC** : Responsables de centre médico-social

# 1

## Résumé



# 1 Résumé

## 1.1 Le 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<sub>Suisse</sub>) 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 (IA), spécialisés dans l'analyse des demandes d'aide et de soins à domicile, ainsi que de tester l'évaluation iCAtest par des infirmiers et infirmières référents de situation (IR). Finalement, le pilote cherchait à déterminer l'articulation optimale entre l'iEDscreener, l'iCAtest et le RAI-HC<sub>Suisse</sub>.

## 1.2 Processus

L'iEDscreener était administré par téléphone par des IA 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 IR chez tous les clients en demande d'aide pratique seulement (nonOPAS7) et par des infirmiers et infirmières évaluateurs RAI (IE) 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<sub>Suisse</sub> était utilisé si le score iAUA était égal ou supérieur à 4 (profil « à risque »).

## 1.3 Les 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

## 1.4 Méthode

La consultation des professionnels (infirmiers : 12 analystes, 13 référents, 9 évaluateurs RAI ; 21 professionnels non-infirmiers (ergothérapeutes, assistantes sociales et diététiciennes) ; cadres (responsables de centre ou d'équipe) : 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<sub>Suisse</sub> (160 clients en demande d'aide pratique et 145 clients en demande de soins).

## 1.5 Limites

Les résultats de l'évaluation 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.

## 1.6 Principaux résultats

Les principaux constats de l'évaluation, repris dans le Tableau 14 (section 5.7.2), sont les suivants :

### 1.6.1 Contexte et mise en œuvre (section 5.1)

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<sub>Suisse</sub>, 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.

### **1.6.2 Adéquation de la formation à l'utilisation des outils (section 5.2)**

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 l'élaboration du plan de soins des clients.

### **1.6.3 Pertinence des outils (section 5.3)**

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.

### **1.6.4 Logiciel et besoins informatiques (section 5.4)**

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.

### **1.6.5 Démarche et organisation (section 5.5)**

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.

### 1.6.6 Coût de l'évaluation par l'iCAtest (section 5.6)

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. Cependant, les données relevées indiquent que l'évaluation par l'iCAtest est plus courte que celle par le RAI-HC<sub>Suisse</sub>, 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.

### 1.6.7 Seuil pour lequel une évaluation courte vs longue devrait être proposée (section 5.7)

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 des 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 inférieur à 4 est plus favorable que celui des clients avec score iAUA supérieur ou égal à 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<sub>Suisse</sub>, et l'iCAtest n'a pas d'alarme correspondant à certaines de ces dimensions. Une évaluation courte semble ainsi pertinente pour un niveau de risque iAUA inférieur à 4, tandis que l'évaluation RAI-HC<sub>Suisse</sub> pourrait être effectuée pour un niveau de risque iAUA supérieur ou égal à 4. L'examen des prestations fournies aux groupes ayant un score iAUA inférieur à 4 comparés à ceux ayant un score iAUA supérieur ou égal à 4 conforte cette proposition. A noter qu'environ 10-20%<sup>a</sup> des clients en demande d'aide pratique et 50-60%<sup>a</sup> des clients en demande de soins ont un score iAUA supérieur ou égal à 4.

---

<sup>a</sup> Fourchettes d'après les valeurs obtenues sur différents échantillons de clients.

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).<sup>b</sup>

## 1.7 Recommandations

A l'issue du projet pilote coRAI CMS, il ne s'agit pas pour les auteures du présent rapport de se positionner sur l'opportunité d'un déploiement de la démarche coRAI dans les CMS du canton, ce déploiement ayant été décidé au niveau politique en cours de pilote. Les résultats de l'évaluation permettent aux auteures de faire quelques recommandations en vue de sa préparation, présentées dans le Tableau 159 (section 6.2.2). Elles tiennent compte des évolutions de l'iCAtest vers l'outil interRAI Check-up, et du passage du RAI-HC<sub>Suisse</sub> à la version interRAI Home Care envisagées par le Service de la santé publique au moment de la rédaction de ce rapport.

---

<sup>b</sup> De tels critères d'exclusion existent pour la méthode RAI-HC<sub>Suisse</sub> et pourraient être adaptés (Règles d'utilisation de la méthode RAI-HC<sub>Suisse</sub>, version octobre 2016, AVASAD, Lausanne).



# 2

# Introduction



## 2 Introduction

Par son programme coRAI<sup>c</sup>, inscrit dans le décret adopté par le Grand Conseil vaudois en décembre 2016<sup>1</sup>, le Service de la santé publique (SSP) du canton de Vaud entend déployer plusieurs outils de la suite interRAI<sup>d</sup> dans différentes institutions médicales et médico-sociales. Ces outils d'évaluation gériatrique multidimensionnelle comportent un noyau commun, tout en étant adaptés aux différents lieux de soins. Ils favorisent l'adoption d'un langage et de processus harmonisés, et soutiennent la prise en charge des patients.

Suite à la décision en 2003 d'introduire le RAI-Home Care (RAI-HC<sub>Suisse</sub>) pour l'évaluation des clients des Centres médico-sociaux (CMS), il a rapidement été constaté que cet outil était disproportionné pour les clients qui bénéficient de prestations d'aide à domicile (nonOPAS7) sans prestations de soins (OPAS7), voire pour certains clients en situation de soins peu complexe.

En 2017, le projet pilote coRAI CMS a été mené dans quelques CMS du canton, sous la conduite du SSP et de l'Association vaudoise d'aide et soins à domicile (AVASAD). Il visait à répondre au souhait de disposer d'un instrument d'évaluation plus léger, et d'un processus permettant d'administrer l'outil le plus approprié à chaque client. Plus largement, cette démarche soutient l'équité et la systématisation de la prise en charge des clients. Le SSP a mandaté l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP)<sup>e</sup> pour fournir des éléments permettant de guider le choix des outils, de les finaliser et d'optimiser leur articulation en vue d'un potentiel déploiement cantonal.

### 2.1 Objectif général

Le but de ce pilote était d'optimiser le choix de l'outil d'évaluation gériatrique selon le profil du client en testant l'introduction de deux nouveaux outils (interRAI Emergency Department Screener (iEDscreener®)) et interRAI Contact Assessment – version test (iCAtest)). Il s'agissait aussi de déterminer l'articulation optimale entre l'iEDscreener, l'iCAtest et le RAI-HC<sub>Suisse</sub>, dans la perspective d'un déploiement cantonal.

---

<sup>c</sup> coRAI: Programme de coordination des soins renforcé grâce à la suite interRAI.

<sup>d</sup> Organisation internationale qui développe des outils cliniques d'évaluation des besoins des patients issus de la méthode RAI (Resident Assessment Instrument). Ces différents outils sont adaptés au lieu de prise en charge (domicile, long séjour, hôpital, etc.) tout en reposant sur un set d'items communs, favorisant un langage commun.

<sup>e</sup> \*Depuis le 1er janvier 2019, la Policlinique médicale universitaire, l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, l'Institut universitaire romand de santé au travail et l'association Promotion Santé Vaud, forment Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique à Lausanne. Voir le lien suivant : [www.unisante.ch](http://www.unisante.ch)

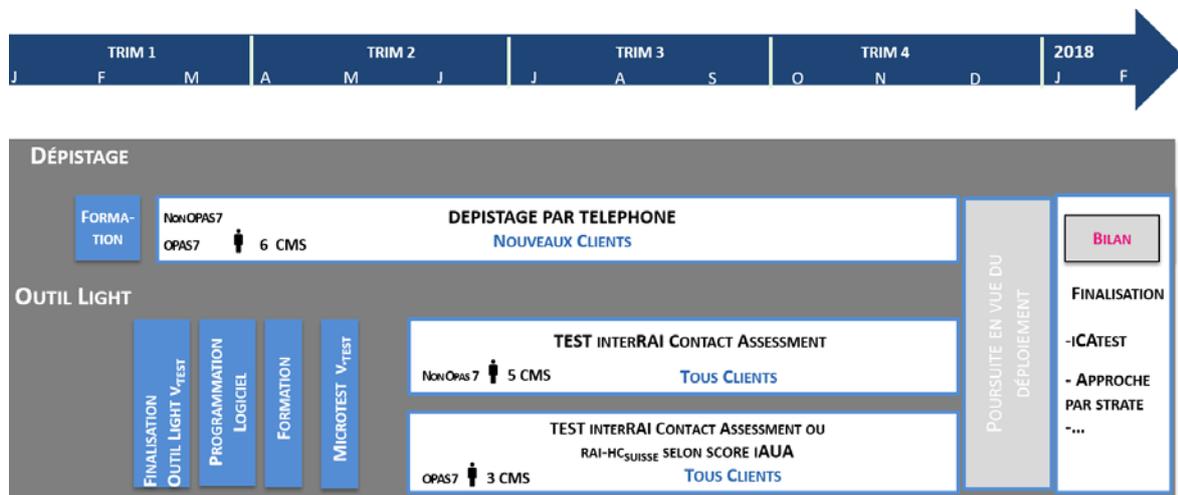
## 2.2 Processus habituel d'évaluation des clients des CMS

Toute nouvelle demande d'aide pratique (nonOPAS7) ou de soins (OPAS7) est d'abord évaluée par un-e infirmier-ère analyste, par téléphone. S'il s'agit d'une demande OPAS7, le client est ensuite évalué à son domicile par un-e infirmier-ère évaluateur-trice, au moyen du RAI-HC<sub>Suisse</sub>. Les clients avec demande nonOPAS7 sont, selon la nature des prestations demandées, évalués à leur domicile par leur infirmier-ère référent-e qui effectue une évaluation globale non standardisée, ou par un-e ergothérapeute, ou un-e assistant-e social-e. Ces deux derniers groupes de soignants effectuent une évaluation spécifique. Le cas échéant, ils sont désignés comme référents des clients qu'ils ont évalués, ces derniers n'ayant pas d'infirmier/-ère référent/-e.

## 2.3 Déroulement du pilote

Comme indiqué dans la Figure 1, le pilote comprenait deux volets principaux dont le démarrage était décalé dans le temps : l'introduction de l'outil de dépistage, puis de l'outil d'évaluation court.

Figure 1 Phases du projet pilote coRAI AVASAD



Source : Service de la santé publique du canton de Vaud.

### 2.3.1 Volet 1 : Introduction d'un outil de dépistage

Dès mi-février, l'outil de dépistage iEDscreener était administré par téléphone par un(e) infirmier(-ère) analyste (IA) à tous les nouveaux clients de 6 CMS. En quelques questions, cet outil produit via un algorithme le score iAUA (interRAI Assessment Urgency Algorithm). Ce score de 1 à 6 identifie des clients à risque d'événements de santé défavorables (i.e., hospitalisation, institutionnalisation,

déclin fonctionnel, etc.), 6 représentant le risque le plus élevé<sup>f</sup>. Ce volet visait à tester l'utilisation de l'outil iEDscreener et à disposer du niveau de risque iAUA. Les besoins en prestations étaient établis de manière inchangée par rapport aux processus habituels de l'AVASAD.

### 2.3.2 Volet 2 : Introduction d'un outil d'évaluation « court »

L'interRAI Contact Assessment (iCA version 9.2) a été adapté au contexte local par le SSP en collaboration avec l'AVASAD<sup>g</sup>. Cette version test de l'outil (iCAtest) comporte 42 items et génère 7 échelles, 4 alarmes et 4 indicateurs. L'iCAtest a été introduit en juin 2017 auprès des nouveaux clients ainsi que de ceux à ré-évaluer<sup>h</sup>, selon la procédure décrite ci-dessous et sur la Figure 2. Des infirmiers(-ères) référent(e)s (IR) et des infirmiers(-ères) évaluateurs(-trices) RAI (IE) ont été formés à l'utilisation de ce nouvel outil et à la saisie des données sur le logiciel correspondant.

#### **Pour les clients en demande d'aide seulement (NonOPAS7):**

- Les nouveaux clients faisaient l'objet d'un dépistage par téléphone par un(e) infirmier(-ère) analyste suivi, quel que soit leur niveau de risque iAUA, de l'évaluation à l'aide de l'iCAtest par un(e) infirmier(-ère) référent(-e).
- Les autres clients étaient ré-évalués à domicile à l'aide de l'iCAtest, sans dépistage préalable.

Ce processus a été mis en place dans 5 CMS (voir Figure 3), le CMS READOM ayant une mission plus particulière et ne s'occupant pratiquement pas de clients en demande d'aide pratique. Une cible de 120-130 évaluations iCAtest effectuées chez des nouveaux clients a été décidée en vue d'analyser leur profil sur la base des informations collectées par cet outil. Ce volet visait aussi à examiner le contenu de l'iCAtest et à déterminer les modifications nécessaires pour l'utilisation dans le contexte vaudois.

#### **Pour les clients en demande de soins (OPAS7) :**

L'iCAtest a été utilisé en fonction du profil de risque du client, soit pour les niveaux de risque iAUA inférieurs à 4, tandis que le RAI-HC<sup>Suisse</sup> était effectué pour les niveaux de risque supérieurs ou égaux à 4. En l'absence de données locales permettant de déterminer pour quels clients avec demande de soins OPAS7 une évaluation réduite serait appropriée, ce seuil de 4 a été proposé par le SSP sur la base des expériences internationales<sup>i</sup>.

<sup>f</sup> interRAI Emergency Department (ED) Assessment System Manual. Version 9.3.0 Standard Edition. © interRAI 2012-2017.

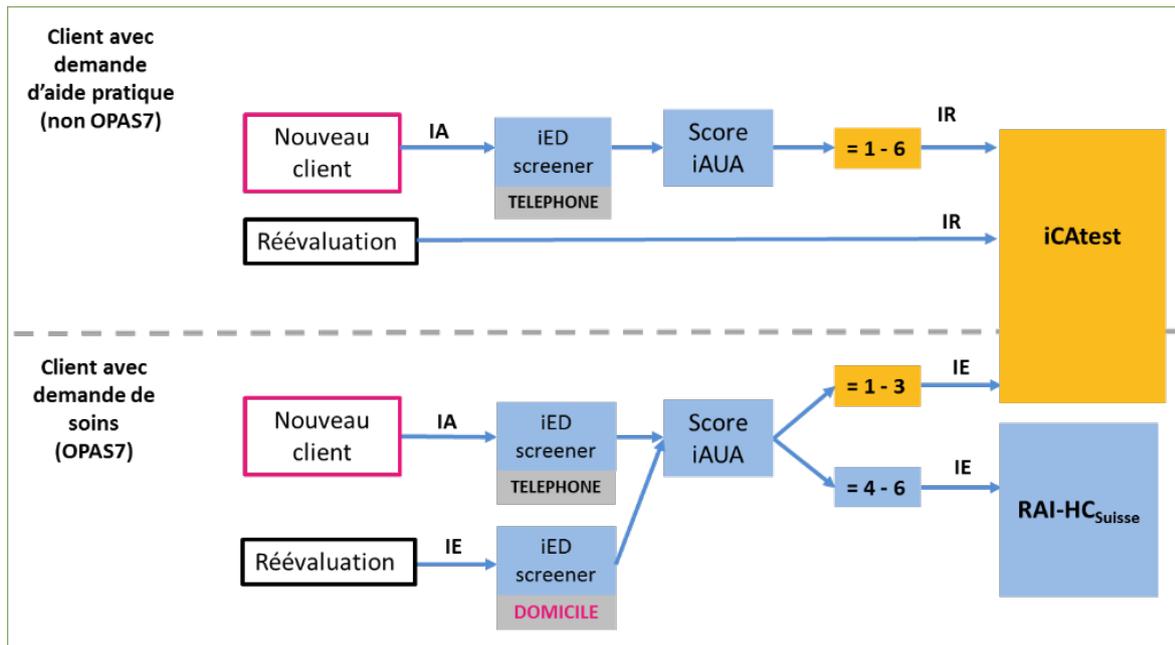
<sup>g</sup> Instrument For Test Home Care Canton Vaud. Non Validated Version. Les instruments interRAI étant protégés par une licence, l'iCAtest ne peut être reproduit intégralement. Pour plus d'informations, le lecteur peut s'adresser aux auteurs du présent rapport ou à l'adresse e-mail: info.santepublique@vd.ch.

<sup>h</sup> Selon les directives en cours à l'AVASAD, les clients pour lesquels des prestations nonOPAS7 sont prévues pendant au moins 3 mois ont une évaluation médico-sociale non standardisée pendant cette période, et sont ré-évalués une fois par an. Les clients pour lesquels des prestations OPAS sont prévues pendant au moins 3 mois ont une évaluation RAI-HC<sup>Suisse</sup> et sont ré-évalués chaque 6 mois ou lors d'un changement significatif de l'état de santé. Les mêmes critères devaient être appliqués durant le pilote.

<sup>i</sup> Extract from a paper to the interRAI New Zealand Governance Board 2/8/16. Provided to support Swiss interRAI Implementation.

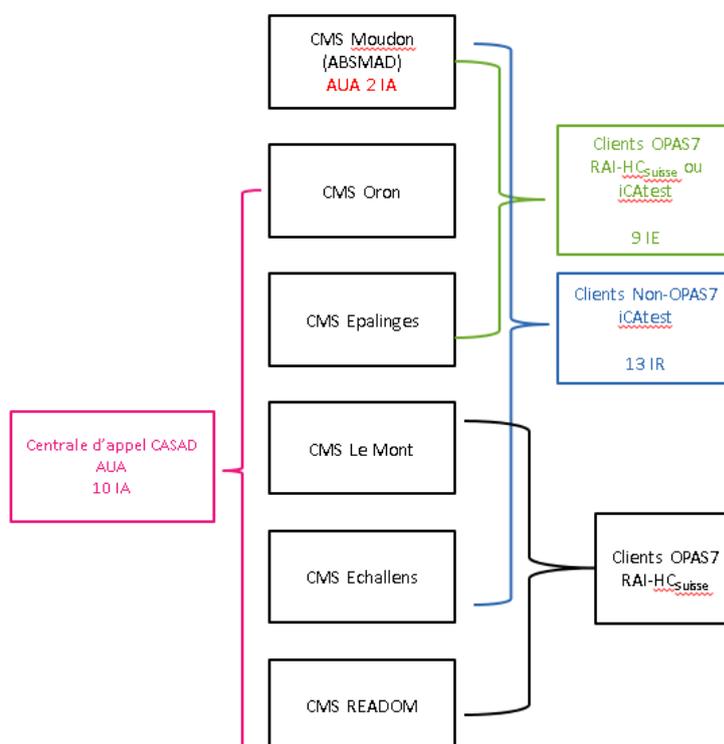
- Les nouveaux clients faisaient l'objet d'un dépistage iEDscreener par téléphone par un(e) infirmier(-ère) analyste suivi d'une évaluation à domicile effectuée par un(e) évaluateur(-trice) RAI, au moyen de l'iCAtest ou du RAI-HC<sub>Suisse</sub> selon le niveau de risque iAUA.
- Dans le cadre des réévaluations, les clients faisaient l'objet d'un dépistage par iEDscreener effectué par l'évaluateur RAI à domicile, immédiatement suivi de l'évaluation par l'iCAtest ou par le RAI-HC<sub>Suisse</sub> selon le niveau de risque iAUA.

Figure 2 Processus d'évaluation des clients dans le cadre du projet pilote coRAI AVASAD



Cette approche par strates visait à tester la faisabilité des évaluations par l'iCAtest chez les clients OPAS7. Pour cette raison, il n'y avait pas de cible à atteindre en terme du nombre d'évaluations effectuées, et ce volet a été mis en place dans 3 des 6 CMS seulement (Figure 3).

Figure 3 CMS inclus dans le pilote et application des nouveaux outils



Comme indiqué dans le Tableau 1, le volume moyen mensuel de clients traités par les CMS du pilote se situe entre un peu moins de 300 et un peu plus de 400 en 2017, à l'exception du CMS READOM qui traite un nombre restreint de clients de manière transitoire à la sortie d'une hospitalisation. Une minorité des clients, entre un quart et un tiers, ne reçoit que de l'aide pratique, tandis que deux-tiers à trois-quarts des clients requièrent des soins.

Tableau 1 Moyennes mensuelles du nombre de clients répartis selon le type de prestations, par CMS, entre le 1er juin et le 30 novembre 2017

	Moudon	Oron	Epalinges	Le Mont	Echallens	READOM
Nombre de clients	441	367	289	285	335	47
Proportion de clients avec prestations d'aide seulement (non-OPAS7; %)	27	37	42	33	33	24
Proportion de clients avec prestations de soins (OPAS7 ; %)	73	63	58	67	67	76

Au cours du premier semestre 2016, environ un tiers des clients avec prestations d'aide étaient des nouveaux clients, cette proportion étant d'un cinquième chez les clients avec prestations de soins.



# 3

## Contexte du pilote et de son évaluation



## 3 Contexte du pilote et de son évaluation

Soulignons d'abord que ce projet pilote a été initié sur la base d'un intérêt certain des différents partenaires envers l'introduction d'outils d'évaluation plus brefs que le RAI-HC<sub>Suisse</sub>, afin d'adopter une évaluation proportionnelle à la situation, concrétisée par la participation volontaire des CMS. Le projet a reçu le soutien des directions du SSP et de l'AVASAD, avec des moyens financiers qui devaient permettre son déroulement dans de bonnes conditions.

Un autre aspect positif favorisant la mise en place du pilote était la collaboration étroite entre l'équipe de projet coRAI du SSP et l'équipe de l'AVASAD, aux compétences professionnelles complémentaires, exploitées en particulier lors de l'élaboration de l'outil iCAtest, des formations et de la mise à disposition de l'outil informatique.

Néanmoins, différents éléments contextuels imprévus ont pesé sur la mise en œuvre du projet pilote, impliquant un décalage tant de son début que de sa durée, et ont sans doute influencé les résultats.

Dans le cadre de la mise en place du projet pilote, le DSAS a décidé en novembre 2016 de tester également la réalisation des évaluations par des infirmières référentes et non par des évaluatrices spécialisées comme c'est le cas pour l'évaluation RAI-HC<sub>Suisse</sub>. Ce changement a nécessité de définir a priori pour quel seuil de score iAUA les clients avec soins seraient orientés vers une évaluation courte (iCAtest) ou habituelle (RAI-HC<sub>Suisse</sub>). L'AVASAD a aussi dû s'assurer que l'outil court, tel que construit, était également approprié pour cette population, et que des CMS soient prêts à participer à ce volet supplémentaire.

D'autre part, le chef du DSAS a demandé à l'AVASAD en juillet 2017, alors que le projet pilote n'était pas encore terminé, de prévoir dès 2018 le déploiement cantonal de la démarche testée dans le but notamment de permettre aux infirmiers référents de prendre la responsabilité de l'évaluation clinique pour l'outil iCAtest. Cette demande a contribué au sentiment de précipitation ressenti par les acteurs du projet pilote. Dans ce contexte, vu la nécessité de disposer rapidement d'éléments d'évaluation, alors que le rapport de l'IUMSP était prévu à fin mars 2018, des rapports intermédiaires ont été produits et sont disponibles en annexe.



# 4

## Objectifs et méthode d'évaluation



## 4 Objectifs et méthode d'évaluation

### 4.1 Objectifs de l'évaluation

Le SSP a mandaté l'IUMSP pour fournir des éléments permettant de guider le choix des outils, de les finaliser et d'optimiser leur articulation en vue d'un potentiel déploiement cantonal, en répondant aux objectifs d'évaluation suivants :

- Examiner la mise en œuvre du projet (respect du calendrier, facteurs facilitants et barrières, section 5.1)
- Examiner, de l'avis des professionnels :
  - l'adéquation de la formation à l'utilisation des nouveaux outils (section 5.2)
  - la pertinence de contenu des outils (en particulier de l'iCAtest) et leur apport clinique (section 5.3)
  - le logiciel testé et les besoins informatiques (section 5.4)
  - la satisfaction quant à la démarche proposée et à l'organisation mise en place pour le pilote (section 5.5)
- Examiner les coûts de la formation à l'utilisation des nouveaux outils, ainsi que le coût de l'évaluation par l'iCAtest (section 5.6)
- Identifier un seuil de score iAUA pertinent pour l'utilisation de l'outil court iCAtest vs RAI-HCSuisse (section 5.7)

### 4.2 Méthode d'évaluation

#### 4.2.1 Consultation des professionnels

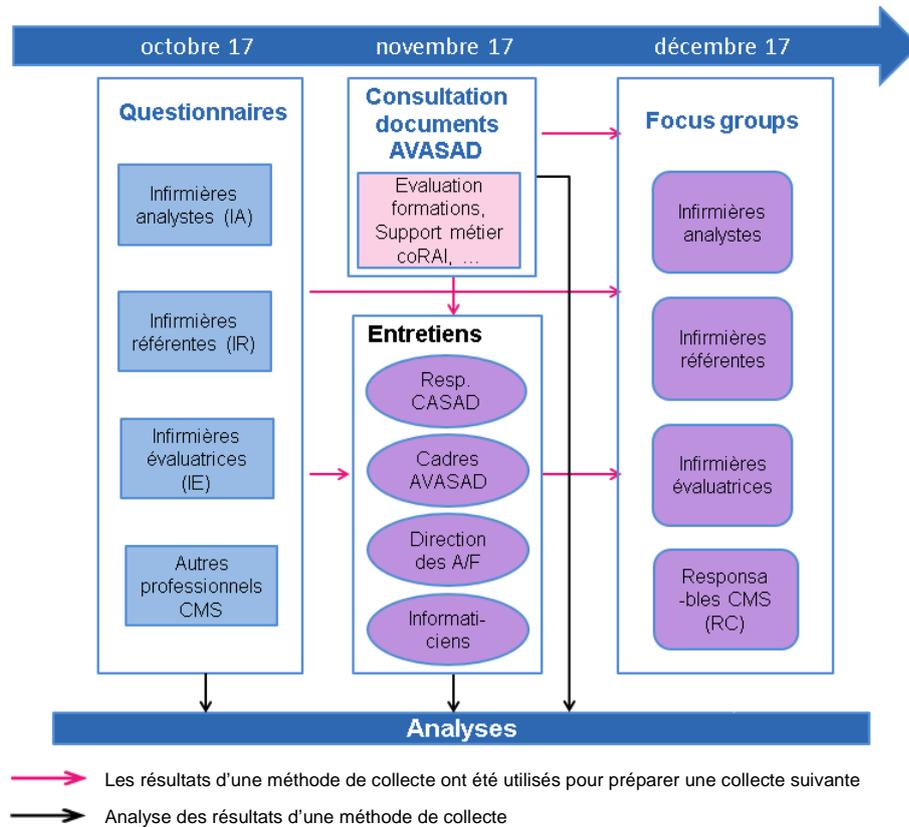
La collecte de données pour la partie de l'évaluation dédiée à l'expérience des collaboratrices et collaborateurs s'est déroulée de fin octobre à début décembre 2017 et était basée sur un design de méthodes mixtes convergent multi-niveau<sup>2</sup>. Tel que présenté sur la Figure 4, des méthodes quantitatives et qualitatives se sont complétées pendant la collecte de données ainsi que pendant la phase d'analyse. Les professionnels infirmiers inclus dans le pilote étant en grande majorité des femmes, le féminin est utilisé ci-après pour les désigner, afin d'alléger le texte et les figures.

Le matériel de collecte (questionnaires, grilles d'entretien et de focus group) peut être consulté dans les annexes 8.2 à 8.4. Ces instruments ont fait l'objet de discussions et d'une validation préalables auprès des responsables de projet au sein de l'AVASAD et du SSP<sup>j</sup>.

---

<sup>j</sup> Mis à part la grille d'entretien pour les responsables de projet de l'AVASAD qui n'a pas été soumise à ces derniers.

Figure 4 Procédure de collecte de données auprès des professionnels



### Les questionnaires

La collecte a commencé le 23 octobre 2017 par une consultation des collaborateurs des CMS à l'aide de 4 questionnaires différents pour les infirmières travaillant directement avec au moins un des deux outils iEDscreener et iCAtest (analystes, référentes et évaluatrices) ainsi que pour les professionnels ne travaillant pas directement avec ces outils mais ayant un suivi de la clientèle concernée par ces évaluations (ergothérapeutes, assistantes sociales et diététiciennes). Ces questionnaires, mis en ligne pendant 3 semaines, ont donné l'opportunité à tous les professionnels concernés de partager leur expérience. Un complément de questionnaire concernant le contenu de l'outil iCAtest a été adressé aux infirmières référentes et évaluatrices selon les mêmes délais. Par ailleurs, les résultats ont servi à préparer les entretiens et focus groups.

La participation à ces questionnaires fut élevée : 8/10 IA, 13/13 IR, 8/9 IE et 16/21 professionnels non-infirmiers, soit au total un taux de réponse de 85%. Si l'on inclut les participations au questionnaire supplémentaire sur le contenu de l'iCAtest (12/13 IR et 8/9 IE), ce taux atteint 87%.

## La consultation de la documentation de l'AVASAD

Consultée en parallèle à l'analyse des résultats des questionnaires, la documentation des questions et réponses du support métier coRAI a permis d'affiner la préparation des entretiens et focus groups. L'analyse des résultats de l'évaluation de la formation de l'AVASAD a produit des données utiles pour le présent rapport (voir sous-section 5.2.2).

Les chefs de projet de l'AVASAD ont fourni quelques caractéristiques des CMS (Cf. Tableau 1 sous 2. Introduction) et des professionnels ayant participé au projet (Tableau 2). Les échantillons de professionnels pour chaque questionnaire étant trop faibles pour permettre des croisements utiles avec leurs réponses, ces données fournissent uniquement des éléments de contextualisation du pilote. Il s'agissait majoritairement de femmes, âgées entre 26 et 55 ans, actives depuis 2 à 5 ans dans le secteur des soins à domicile, et exerçant leur activité à un taux de 60% à 80%. Les infirmières analystes étaient un peu plus âgées, et il y avait un peu plus d'infirmières référentes dont l'activité dans les soins à domicile datait de moins de 2 ans.

**Tableau 2** Caractéristiques des infirmières et infirmiers inclus dans le pilote, au 1/10/2017

	IA	N IR	IE	Total	%
<b>Total</b>	14*	13	9	36	100
<b>Sexe</b>					
Hommes	1	2	0	3	8
Femmes	13	11	9	33	92
<b>Groupes d'âge</b>					
<26 ans	0	0	0	0	0
26-40 ans	3	6	5	14	39
41-55 ans	7	6	4	17	47
>55 ans	4	1	0	5	14
<b>Années d'ancienneté dans les soins à domicile des collaborateurs infirmiers inclus dans pilote</b>					
< 2 ans	3	5	1	9	25
2-5 ans	5	5	5	15	42
6-10 ans	3	0	2	5	14
>10 ans	3	3	1	7	19
<b>Taux d'occupation</b>					
0-50%	2	0	4	6	17
60-80%	10	12	5	27	75
90-100%	2	1	0	3	8

\* Les effectifs des IA incluent deux responsables d'équipe de Moudon qui endossent parfois le rôle d'analyste mais qui n'ont pas été incluses dans les questionnaires et focus groups.

## Les entretiens

Une deuxième étape a consisté en la conduite de quatre entretiens semi-directifs d'une durée d'environ 1h à 1h30, du 13 au 16 novembre 2017 avec :

- Les responsables du projet pilote à l'AVASAD : Martine Karlen, cheffe de projet ; Olivier Fontaine, chef de projet ; Nathalie Bacq, ergothérapeute consultante ; et Arnaud Dulimbert, clinicien.
- La responsable de la CASAD : Mme Valérie Dorier.
- Les directrices des A/F : Mireille Pidoux, ABSMAD et Isabelle Brès Bigey, APROMAD.
- L'équipe informatique de l'AVASAD : Alain Misson, directeur du Service des systèmes d'information et télécommunication (SSIT) ; Pascal Rose, responsable de l'Unité décisionnelle; Jean-Yves Blanc, collaborateur au sein de l'Unité décisionnelle ; entretien auquel était également présent Vincent Falci, analyste de données du Service du développement des pratiques professionnelles (SDPP).

Outre l'intérêt direct de pouvoir s'entretenir auprès de ces professionnels pour l'évaluation du projet, ces entretiens ont aussi permis d'affiner les grilles de focus groups.

## Les focus groups

Quatre focus groups d'environ deux heures ont été conduits du 4 au 7 décembre 2018. Ils réunissaient à chaque fois des professionnels différents : les responsables de centres des CMS inclus dans le projet pilote (5), des IA de la CASAD et du CMS de Moudon (5/5 invitées), des IR (4/5 invitées), et des IE (6/6 invitées). Les focus group ont permis une récolte d'information plus ciblée et plus approfondie des thématiques qui avaient été relevées au travers des réponses aux questionnaires, des contenus des entretiens et de la documentation mise à disposition par l'AVASAD.

## Les analyses

Les données des questionnaires et focus groups ont été anonymisées. Les résultats des questionnaires ont été analysés sous forme agrégée au niveau des groupes professionnels et ont fait l'objet d'analyses descriptives. Les données des entretiens et focus groups ont été enregistrées, celles des focus groups retranscrites, puis analysées en fonction de thèmes pré-identifiés, et ont donné lieu à des synthèses thématiques. Enfin, l'ensemble a été intégré pour affiner la compréhension de chaque thématique et contextualiser les résultats.

### 4.2.2 Données relatives aux clients des CMS

L'AVASAD rassemble dans des bases de données des informations sur tous les clients des CMS du canton. Outre les données administratives et les données des évaluations RAI-HC<sub>Suisse</sub> qui donnent des indications sur le profil de santé des clients, les prestations fournies sont collectées à but de facturation. Par ailleurs, les données des évaluations iCAtest étaient enregistrées par le logiciel ad

hoc testé durant le pilote. Ces données de différentes origines ont été fournies par l'AVASAD à l'IUMSP après anonymisation.

Concernant les clients avec demande d'aide pratique seulement, la population d'intérêt comprenait l'ensemble des nouvelles demandes et réévaluations nonOPAS7 au bénéfice d'un iCAtest<sup>k</sup>. Quant aux clients avec demande de soins, l'échantillon incluait l'ensemble des clients avec nouvelle demande OPAS7 ayant bénéficié d'un dépistage par l'iEDScreener puis d'une évaluation RAI-HC<sub>Suisse</sub>, dans les CMS n'appliquant pas l'approche par strates<sup>l</sup>. Ces deux échantillons sont mutuellement exclusifs. La période concernée était février à fin novembre 2017.

Les analyses visant à identifier un seuil de score iAUA pertinent pour l'utilisation de l'iCAtest ont mis en relation le score iAUA et les données socio-démographiques ou administratives, le profil de santé des clients, et les prestations fournies, respectivement. Cette analyse a été faite séparément pour la population nonOPAS7 et OPAS7. L'analyse a examiné différents seuils, dont celui du score iAUA < 4 appliqué lors du pilote pour administrer l'iCAtest aux clients OPAS7.

Par ailleurs, la concordance entre le niveau de risque iAUA issu de l'iEDScreener (effectué par téléphone) et celui reconstruit sur la base de l'iCAtest (évaluation au domicile du client) a été examinée au moyen des données des clients nonOPAS7 (nouvelles demandes d'aide pratique faites entre juin et novembre 2017).

---

<sup>k</sup> Afin d'augmenter la taille d'échantillon des clients nonOPAS7, les données des clients évalués par l'iCAtest entre début juin 2017 et jusqu'à fin mars 2018 ont été incluses dans l'analyse, même si l'on ne disposait pas de l'iAUA issu de l'iEDScreener pour les clients évalués après la fin du pilote au 30 novembre 2017. L'iAUA utilisé est reconstruit sur la base des données de l'iCAtest.

<sup>l</sup> Les échelles et alarmes de l'iCAtest n'étant pas directement comparables à celles du RAI-HCSuisse, il n'est pas pertinent d'utiliser les données des clients des CMS appliquant l'approche par strate, dont la population évaluée par le RAI-HCSuisse serait restreinte aux clients ayant un iAUA supérieur ou égal à 4. D'après les effectifs de clients des CMS concernés, un échantillon d'environ 300 clients était attendu.



# 5

# Résultats



## 5 Résultats

Les résultats principaux relatifs à chaque question d'évaluation et les recommandations qui en sont issues sont présentés dans les sections suivantes :

- 5.1 Mise en œuvre du pilote
- 5.2 Appréciation de la formation à l'utilisation des nouveaux outils
- 5.3 Pertinence de contenu et apport clinique des nouveaux outils
- 5.4 Appréciation du logiciel testé et besoins informatiques futurs
- 5.5 Satisfaction quant à la démarche et à l'organisation mise en place pour le pilote
- 5.6 Coûts de la formation à l'utilisation des nouveaux outils et de l'évaluation par l'iCAtest
- 5.7 Identification du niveau de risque iAUA pour l'utilisation de l'iCAtest vs RAI-HCSuisse

Des rapports intermédiaires contenant les résultats détaillés figurent en annexe.

### 5.1 Mise en œuvre du pilote

#### 5.1.1 Aspects généraux

Lors de la préparation du pilote, le choix des professionnels à former à l'utilisation de l'outil court chez les clients en demande d'aide pratique a été discuté entre le SSP et l'AVASAD. Comme mentionné dans l'introduction, avant le pilote les évaluations des clients en demande d'aide pratique étaient habituellement faites par le professionnel qui assumait le suivi de la situation (« référent », qui pouvait être un soignant non infirmier (ergothérapeutes et assistants sociaux). Pour le projet pilote, il a été décidé par le SSP de n'intégrer que des infirmières. Il a été postulé que leur formation serait facilitée du fait d'un bagage préalable similaire. Par ailleurs, cela rendait possible l'évaluation du taux de remboursement par les assureurs des évaluations effectuées chez des clients en demande d'aide pratique seulement. Cependant, ce choix a impliqué une distribution des rôles et des tâches qui différait de l'organisation usuelle, avec une surcharge de travail des infirmières référentes formées à l'utilisation de l'outil court. Ces dernières devaient effectuer des évaluations chez des clients suivis par leurs collègues (infirmiers ou non-infirmiers), en sus du suivi de leurs clients qui restait, pour elles, prioritaire. Malgré certaines actions de communication de la part de l'équipe de projet de l'AVASAD par mail ou téléphone<sup>m</sup>, le nombre d'évaluations par l'outil court est resté plus faible qu'attendu durant toute la durée du pilote, nécessitant une prolongation conséquente pour atteindre la cible (prolongation du pilote de 2 mois jusque fin novembre, puis prolongation de l'acquisition des données d'évaluation iCAtest jusque fin mars 2018).

---

<sup>m</sup> Communication directe avec les responsables des CMS impliqués ou mails de l'équipe de projet, dont le message de la Direction de l'AVASAD aux responsables des CMS adressé le 13.7.2017 suite à l'annonce d'un déploiement.

### 5.1.2 Respect du calendrier

L'introduction de l'outil iEDscreener a démarré comme planifié en février 2017, mais celle de l'iCAtest, prévue en avril 2017, a été retardée de deux mois afin de pouvoir finaliser l'outil et le matériel de formation correspondant<sup>n</sup>. En conséquence, le résultat de l'iEDscreener n'était pas utilisé durant les trois premiers mois du pilote pour orienter les clients avec demande de soins vers une évaluation habituelle ou courte.

Il a rapidement été constaté que le nombre d'évaluations par l'iCAtest de nouveaux clients avec demande d'aide pratique était bien plus faible qu'attendu par rapport au nombre moyen de ces nouveaux clients dans les CMS concernés, suggérant que la proportion d'évaluations effectuées dans cette population-cible était insuffisante et ne permettrait pas d'atteindre la cible de 120-130 évaluations iCAtest nécessaires pour la détermination d'un seuil de score iAUA pertinent pour l'utilisation de l'outil court. Différents facteurs ont pu être mis en évidence comme causes de ce faible nombre d'évaluations. Par exemple, l'introduction de l'iCAtest est survenue peu avant l'été, avec des périodes de vacances des professionnels formés à l'iCAtest ou de travail en sous-effectif ne permettant pas de dédier le temps nécessaire au projet pilote. Cependant, le facteur prépondérant semble avoir été la surcharge des infirmiers/-ières référentes pour qui les évaluations des clients suivis par leurs collègues étaient en compétition avec le suivi de leurs propres clients. D'autres facteurs se sont ajoutés à cette barrière organisationnelle, tels que l'absence d'une responsable d'un CMS, l'absence de longue durée pour maladie d'une infirmière formée, ou le départ d'une autre. Finalement, la plupart des CMS sélectionnés avaient simultanément d'autres projets pilote en cours, ce qui pouvait créer une certaine concurrence avec le temps à consacrer à ce pilote. Le constat du faible nombre d'évaluations effectuées a amené à la décision du SSP et de l'AVASAD de prolonger le pilote de deux mois, jusqu'à fin novembre 2017, et de repousser les analyses des profils des clients, en continuant de collecter ces données jusque fin mars 2018.

### 5.1.3 Communication et mise en œuvre des consignes

Plusieurs actions ont été menées par l'AVASAD en vue d'informer les professionnels du projet pilote, incluant un appel à la participation de quelques CMS. Les modalités du pilote ont été communiquées par l'équipe de projet de l'AVASAD lors de séances invitant tous les professionnels dans les CMS inclus. Les collaborateurs qui participaient directement au projet ont reçu des consignes orales durant les séances de formation, ainsi que des consignes écrites dans des documents ou par messagerie électronique. Cependant, une partie de la communication passait par leur hiérarchie et certains ont eu le sentiment de ne pas toujours recevoir les informations en temps utile. Il leur semblait aussi que les responsables opérationnels et les secrétaires n'étaient pas suffisamment informés au démarrage du projet, ce qui a posé des difficultés dans l'organisation et la planification.

De fait, il est apparu à divers moments du pilote que les professionnels des CMS n'ont pas toujours suivi les mêmes processus, sans que l'on puisse valider les hypothèses d'une mauvaise communication des consignes ou d'une interprétation variable par les professionnels sur le terrain.

---

<sup>n</sup> En effet, une phase intense de collaboration entre l'AVASAD et le SSP pour choisir et construire l'outil light avait démarré en août 2016, avec une version pré-finale de l'outil disponible à fin 2016.

Certaines différences ont été observées rapidement et corrigées, d'autres ont été mises à jour bien plus tard, durant le partage des expériences au cours des focus groups. Par exemple, les critères d'exclusion établis par l'AVASAD pour une évaluation iCAtest (Cf. note de bas de page section 2.3.2) n'ont pas été appliqués de manière homogène. Par ailleurs, au début du projet, un CMS orientait les clients en demande de soins vers une évaluation par l'iCAtest sur la base de la demande et non du score iAUA. Il semble aussi que certains clients en demande d'aide pratique dont le score iAUA était élevé aient été orientés vers une évaluation RAI-HC<sub>Suisse</sub>. Les infirmières n'ont pas toutes restitué immédiatement les résultats issus de l'iCAtest aux clients à l'issue de leur évaluation. Quant aux relevés des activités, effectués de manière routinière par les professionnels sur le terrain, il est probable qu'ils n'aient pas inclus strictement les mêmes tâches sous les mêmes rubriques. Finalement, les professionnels reçus en focus group sont arrivés avec des questions sur la suite à donner après la date prévue de fin du pilote.

## 5.2 Appréciation de la formation à l'utilisation des nouveaux outils

Cette section résume l'avis des professionnels sur la formation et l'accompagnement à l'utilisation des nouveaux outils. Elle repose sur l'analyse de données collectées par questionnaire juste après la formation, puis à l'issue du pilote, soit après l'utilisation réelle des nouveaux outils.

### 5.2.1 Description

#### Contexte

Plusieurs ateliers, séances et échanges entre les responsables du projet à l'AVASAD et Mme N. Wellens, responsable du programme coRAI au SSP, ont été organisés entre août 2016 et mai 2017. Ce processus a abouti notamment à la préparation de la formation à l'utilisation de l'outil de dépistage (interRAI EDscreener) et de l'outil iCAtest.

Les responsables du projet à l'AVASAD ont également préparé un support d'interprétation des résultats cliniques de l'iCAtest afin de favoriser leur utilisation dans l'élaboration du plan de prise en charge.

#### Formation des formateurs

L'équipe formatrice était composée de trois responsables du projet coRAI au sein de l'AVASAD : la cheffe de projet, un infirmier clinicien et une ergothérapeute consultante. Ces personnes ont également assuré un suivi et la permanence du support métier. Elles ont elles-mêmes été formées par la chefferie de projet au sein du SSP, d'abord à l'iEDscreener, puis à l'iCAtest (codage puis analyse). Cette formation « Train-the-trainer » a constitué l'étape finale d'un intense travail de collaboration pour élaborer l'iCAtest et préparer les documents de support correspondants (manuel d'utilisation, manuel des résultats cliniques).

Interrogés afin de savoir si cette formation les avait bien préparés à former leurs collègues, les formateurs relèvent le fait que pour l'iCAtest les délais étaient courts entre formation reçue et formation à donner et qu'ils n'avaient pas encore reçu la formation à la deuxième partie (analyse des résultats) au moment de former leurs collaborateurs à la première partie (codage), situation qui a été ressentie comme quelque peu inconfortable. Cette pression du calendrier était due au fait que la finalisation de l'outil iCAtest avait pris du retard.

### **Formation des collaborateurs**

La formation à l'iEDscreener était basée sur 2 demi-journées (appropriation et consolidation) séparées d'une période d'expérimentation, et a eu lieu dans les semaines précédant l'introduction de cet outil. Toutes les analystes (14 IA) et les évaluatrices (9 IE) y ont participé. Les séances regroupaient les professionnels d'un même groupe (analystes vs évaluatrices).

La formation à l'iCAtest comprenait 3 demi-journées (appropriation de l'outil et du logiciel de saisie des données) suivies d'une période d'expérimentation et d'une demi-journée de formation de type approfondissement et consolidation. Elle se terminait par 2 demi-journées de formation aux alarmes et échelles. Cette formation a eu lieu quelques semaines avant l'introduction de l'outil dans la pratique et a été suivie par les 13 référentes et par les 9 évaluatrices. Toutes les séances étaient prévues pour les professionnels d'un même groupe, sauf une séance qui a regroupé les infirmières référentes et évaluatrices.

### **Accompagnement des collaborateurs**

Pour ce qui est de l'utilisation de l'iEDscreener, les formations initiales ont été complétées par un point de situation à la CASAD. Quant à la formation à l'iCAtest, chaque collaborateur a participé à un atelier de consolidation (2h, en groupe) et a pu bénéficier d'une séance d'accompagnement individuel (2h) s'il le souhaitait.

Les formateurs ont également assuré une permanence (support métier coRAI) par téléphone et messagerie électronique tout au long du pilote.

## **5.2.2 Evaluation effectuée par l'AVASAD à l'issue des formations**

Le questionnaire de fin de formation a été complété par 8 des 14 IA, 11 des 13 IR et par toutes les 9 IE, soit un taux de réponse de 78%.

### **Evaluation de la forme des séances**

Les trois groupes professionnels devaient répondre à sept questions identiques concernant la durée de la formation, la chronologie des contenus, le temps consacré aux différentes parties, la succession des séances, les possibilités d'échanges, la façon dont les sujets étaient traités, et la gestion du groupe, des échanges et de la communication. Tous ces éléments ont été jugés

satisfaisants<sup>o</sup> par les collaborateurs, bien que les IA aient indiqué un niveau de satisfaction moins élevé que les IR et IE.

### Evaluation du contenu de la formation à l'iEDscreener

Comme indiqué dans le Tableau 3, la formation répondait aux besoins des professionnels pour connaître le contenu, le codage et le fonctionnement de l'iEDscreener, et savoir utiliser le manuel et les résultats de l'iEDscreener. En revanche, les IA ont jugé la formation insuffisante pour « recueillir les informations/interroger le client » et « mener simultanément l'entretien et le codage ».

**Tableau 3** Evaluation par l'AVASAD du contenu de la formation à l'iEDscreener et à l'iCAtest (synthèse IUMSP)

Formation	Objectif	✓ Atteint (niveau de satisfaction bon ou très bon) <sup>m</sup> – Non atteint (niveau de satisfaction insuffisant) <sup>m</sup>
iEDscreener	<b>Connaître</b>	✓ le contenu ✓ les principes de codage ✓ le fonctionnement
	<b>Savoir utiliser</b>	✓ le manuel ✓ les résultats
	<b>Se sentir à l'aise</b>	✓ pour coder
	<b>Se sentir préparé pour</b>	– recueillir les informations/interroger le client (IA) – mener simultanément l'entretien et le codage (IA)
iCAtest	<b>Connaître</b>	✓ le contenu ✓ les principes de codage ✓ le fonctionnement du logiciel
	<b>Savoir utiliser</b>	✓ le manuel (codage) ✓ le manuel (échelles/alarmes) ✓ le logiciel
	<b>Se sentir à l'aise</b>	✓ pour coder
	<b>Comprendre</b>	✓ le contenu des échelles et des alarmes
	<b>Se sentir préparé pour</b>	✓ Mener simultanément l'entretien et le codage ✓ utiliser les échelles et alarmes ✓ analyser la situation
	<b>Savoir</b>	– partager le résultat de l'évaluation avec le client (IR) ✓ intégrer les résultats de l'évaluation dans le dossier client

<sup>o</sup> Les collaborateurs et collaboratrices ont pu évaluer les formations auxquelles ils venaient de participer en remplissant un questionnaire fourni par l'équipe de formation. Ils devaient évaluer chaque sujet sur une échelle allant de 0 (« score le plus bas ») à 5 (« score le meilleur »). L'IUMSP a calculé les moyennes d'évaluation de chaque sujet dans les trois groupes de collaborateurs et les a classées selon trois niveaux de satisfaction : insuffisant (moyenne de 0 à 2.9) ; bon (moyenne de 3 à 4.4) ; très bon (moyenne de plus de 4.5).

### **Evaluation du contenu de la formation à l'iCAtest**

La formation a été jugée appropriée et satisfaisait les besoins des professionnels pour la plupart des objectifs. Seul celui de « se sentir préparé pour partager le résultat de l'évaluation avec le client » n'était pas suffisant selon les IR (Tableau 3).

### **5.2.3 Evaluation effectuée par l'IUMSP à l'issue du pilote**

L'IUMSP a également demandé un retour sur la formation, dans les questionnaires à l'issue du pilote, puis dans les focus groups.

#### **Calendrier**

Lors des focus groups, les RC et les IR ont commenté le fait que former les professionnels avant les vacances faisait démarrer le pilote dans un contexte non-favorable.

#### **Mixité des groupes**

Les séances portant sur l'analyse des échelles et alarmes ont rassemblé les IR et les IE. Certaines IR ont trouvé difficile de suivre ces séances en compagnie des IE : elles ne connaissaient pas certains termes utilisés et n'étaient pas concernées par certaines questions traitées. Si pendant l'entretien elle ne remet pas en doute le bien-fondé de cette mixité, l'équipe de projet rapporte qu'elle devra retravailler cette partie de la formation pour mieux intégrer ce mélange des professions.

#### **Support d'analyse des résultats élaboré par l'AVASAD**

Les IR trouvent que le support d'analyse fourni par l'équipe formatrice semble être un assez bon outil mais disent qu'elles auraient besoin de plus de formation et de pratique pour pouvoir bien l'utiliser. Par ailleurs, sa présentation et celle du rapport de résultats du logiciel devraient être harmonisées, afin de mieux faire le lien entre les deux.

#### **Ateliers de consolidation de la pratique et accompagnement individuel**

Le retour concernant les ateliers de consolidation de la pratique et l'accompagnement individuel est positif, bien que les IE aient montré un peu moins d'intérêt que les IR pour l'accompagnement individuel : une sur huit IE a bénéficié d'une telle séance, deux sur huit n'étaient pas au courant de cette possibilité. L'équipe de projet note qu'il aurait été optimal de programmer ces séances plus rapidement après la formation, mais elles n'avaient pas été prévues initialement, et leur planification était compliquée du fait de l'introduction de l'iCAtest juste avant la période de vacances d'été.

#### **Support métier coRAI**

La majorité des IR et IE ont fait appel au support métier coRAI une à quatre fois entre juin et octobre 2017, avec un niveau de satisfaction élevé quant à la qualité du support (facilité d'accès à un interlocuteur, compétences de l'interlocuteur pour répondre au problème, temps de traitement de la requête et résolution du problème).

### Confrontation à la pratique

Durant les focus groups, les IR et IE ont rapporté qu'elles se sentaient assez peu à l'aise avec l'utilisation des résultats de l'évaluation (alarmes et échelles) pour l'élaboration du plan de soins, et exprimaient le sentiment que la formation ne les avait pas assez préparées à cette étape (Cf. section 5.3.2, sous *Intégration dans la pratique*). Il est cependant à relever que la dimension relative aux aspects de suivi des risques de déclin fonctionnel et de prévention ne faisait pas partie des objectifs initiaux de formation.

#### **A prendre en compte pour le déploiement :**

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.

Conserver les interventions de suivi, qu'il s'agisse des ateliers de consolidation, des séances d'accompagnement individuel, de l'appui auprès des CMS ou encore du support métier coRAI.

Prévoir des séances de formation continue.

Eviter de former les collaborateurs peu avant une période de vacances.

Tenir compte d'un temps d'appropriation relativement conséquent pour l'utilisation optimale de nouveaux outils.

Prévoir une information suffisante des professionnels de fonction administrative ou managériale qui n'utilisent pas directement les nouveaux outils.

Documenter les procédures dans des standards de référence, distribués à l'entier des professionnels concernés.

## 5.3 Pertinence de contenu et apport clinique des nouveaux outils

### 5.3.1 Evaluation de l'iEDscreener

#### **Avis des professionnels sur l'iEDscreener**

L'iEDscreener a été effectué chez 1211 nouveaux clients entre mi-février et fin novembre. Les analystes l'ont utilisé en moyenne pour environ 8 demandes par semaine chacune (min: 5, max: 15).

L'outil a été jugé facile à prendre en main. Les IA comme les IE étaient à l'aise pour le compléter après environ 6 utilisations (min 3, max 20). En moyenne, le temps pour le compléter a été estimé entre 2 et 5 min (sans compter la saisie d'informations spécifiques requises lors du pilote). Ce temps varie essentiellement en fonction de la disponibilité immédiate des informations ou de la nécessité de consulter plusieurs sources, situation à laquelle les IA ont été plus souvent confrontées.

### Utilisation de l'iEDscreener par les IA au téléphone

L'utilisation dans le processus de travail des IA s'est révélée difficile : moins de la moitié (3/8 IA) a trouvé qu'il était en général aisé de répondre aux questions de l'iEDscreener. Les raisons principalement évoquées sont l'absence de contact direct avec le client dans certaines situations, le fait que l'iEDscreener semble parfois disproportionné en regard de la nature de la demande, et que certaines questions étaient ressenties comme intrusives lors d'un premier contact par téléphone (par exemple questions relatives à l'humeur). Finalement, selon les questions, l'outil requiert en principe de recueillir l'avis du client (notamment sur son moral, sa perception de son état de santé) et celui d'un proche, et il est difficile de joindre ces deux personnes lors d'un même appel téléphonique.

Les situations, fréquentes, où le client est hospitalisé, ne sont pas optimales pour compléter l'iEDscreener, d'une part parce qu'il est parfois difficile de joindre le client, d'autre part parce que le client est dans un environnement différent du domicile, avec un niveau de dépendance fonctionnelle changeant, et finalement parce que ces questions s'ajoutent à la masse de questions auxquelles les patients hospitalisés doivent répondre. Les IA complétaient alors l'iEDscreener sur la base des documents de transmission (DMST) ou du contact avec l'infirmière de liaison, en appelant le client uniquement s'il disposait d'un téléphone portable. Lorsque l'information n'était pas disponible pour l'un des trois items suivants : auto-évaluation de son état de santé, troubles de l'humeur auto-rapportés, entourage dépassé par les problèmes de santé de son proche ; les analystes devaient l'indiquer et avaient pour consigne de cocher « non, pas de problème » ou « client ne peut/veut pas répondre » selon les options de réponses proposées. L'examen des 61 iEDscreener correspondant aux nouvelles demandes d'aide pratique entre juin et fin novembre 2017, a indiqué que 12 (20%) d'entre eux comportaient une donnée manquante sur l'un des trois items sus-mentionnés, et qu'une option de réponse indiquant un problème avait été choisie dans 1 de ces 12 situations. La conséquence en est une possible sous-estimation du niveau de risque iAUA. En l'absence d'information vérifiée sur ces données manquantes, il est cependant impossible de quantifier l'impact de l'absence de ces informations.

Pour mener la conversation plus naturellement, certaines IA avaient en tête les éléments nécessaires pour compléter l'iEDscreener, et le faisaient une fois la conversation au téléphone terminée. Elles ne présentaient le projet aux clients que lorsqu'il leur semblait nécessaire de justifier leurs questions (par exemple si elles téléphonaient à un client hospitalisé après avoir eu contact avec l'infirmière de liaison, afin de compléter les informations manquantes, comme la perception de l'état de santé).

L'intégration de l'iEDscreener dans la pratique des analystes était aussi rendue plus difficile par son utilisation sur application smartphone, non intégrée à la solution informatique utilisée pour la collecte de données en lien avec la demande du client. Les analystes devaient donc travailler simultanément au téléphone, sur leur ordinateur et sur leur téléphone portable.

### Utilisation de l'iEDscreener par les IE à domicile

Les IE ont ressenti qu'il n'était pas toujours aisé de commencer les réévaluations par cet outil, nécessitant de sortir le téléphone portable, alors que leur habitude est plutôt de commencer par effectuer les soins prévus pour établir la relation avec le client.

### Evaluation de l'adéquation du score de l'iEDscreener

Bien que la plupart des analystes ont répondu que le score produit par l'iEDscreener « reflétait correctement le résultat global de leur analyse pour la plupart des demandes », elles ont régulièrement eu le sentiment que le score n'était pas toujours basé sur des réponses valides. Dans ce contexte, les IA qui travaillaient à la centrale d'appel (CASAD) ont regretté de n'avoir que très rarement un contact avec les intervenants à domicile, qui permettrait un retour sur l'adéquation du score. Ce type de contact était compliqué pour des raisons organisationnelles et par manque de temps. En revanche, les IA travaillant au sein d'un CMS avaient aussi comme fonction de planifier et d'organiser les évaluations à domicile, et pouvaient dans ce contexte échanger plus d'informations au sujet du score avec le reste de l'équipe.

Environ la moitié des IR et des IE ont estimé que le score de l'iED screener transmis dans le dossier du client reflétait correctement la situation pour environ la moitié, voire la plupart des clients. Cependant, en focus group, elles ont rapporté que ce score était régulièrement surestimé ou sous-estimé. Ceci était en particulier attribué au délai entre l'analyse de la demande et leur visite à domicile, pendant lequel la situation aurait pu se dégrader ou au contraire s'améliorer, mais aussi par le fait que certaines personnes sous-estimeraient leurs besoins réels et que cela est constaté par une visite à domicile. Elles considéraient par ailleurs qu'il devait être compliqué pour les analystes d'obtenir des réponses fiables aux questions de l'iEDscreener lors d'un premier contact par téléphone.

### **Acceptation de l'iEDscreener par les clients**

Les IA ont parfois été confrontées à des réactions de clients étonnés ou sur la défensive, lorsqu'ils avaient le sentiment que ce questionnaire était disproportionné par rapport à leur demande de prestations précises (repas), voire ponctuelles (transports). De plus, les clients avaient parfois de la peine à autoévaluer leur santé et à répondre à la question sur les problèmes qui rendent la santé instable.

*« Quand on a les clients au téléphone [avec demande d'aide au ménage seulement] et qu'on leur pose certaines questions concernant la douche, ils sont un petit peu sur la défensive au début. En leur expliquant les choses, (...) on arrive à leur faire comprendre le but de la démarche...Mais dans un premier temps, on sent une réticence: « mais oui j'ai demandé de l'aide au ménage, pourquoi vous me demandez comment est-ce que je peux aller aux toilettes? »*

### **5.3.2 Evaluation de l'iCAtest**

A fin novembre, l'iCAtest avait été effectué pour 262 clients (118 clients en demande d'aide et 144 clients en demande de soins). A fin octobre, le nombre d'évaluations par professionnel était estimé à 8 en moyenne chez les IR et 11 en moyenne chez les IE, variant entre 3 et 20. Ainsi, quelques infirmières n'avaient qu'une utilisation limitée de l'iCAtest lors de la consultation des professionnels par l'IUMSP. Celles ayant déclaré qu'elles étaient alors à l'aise avec l'outil ont indiqué qu'il leur avait fallu en moyenne 5 utilisations pour arriver à ce niveau de confort.

## **Avis des professionnels sur l'iCAtest**

### Taille de l'outil

Les professionnels attendaient un outil plus court. Le temps nécessaire pour conduire une évaluation auprès du client a été estimé par les IR et les IE à environ 60 minutes (30 à 90 minutes selon la complexité du cas). Les IE jugent que la différence par rapport au RAI-HC<sub>Suisse</sub> est de 5 à 20 minutes de moins selon le client. A noter qu'il n'y avait pas de temps attendu pour la conduite d'une évaluation par ce nouvel outil, puisqu'il s'agissait d'en tester la longueur, entre autres. Cependant, à fins de planification du travail, l'équipe de projet coRAI de l'AVASAD avait annoncé aux infirmiers et infirmières concernés une durée indicative de 45 minutes pour la conduite de l'évaluation.

### Pertinence du contenu

La validité du contenu de l'iCAtest a été évaluée en examinant pour chaque item inclus sa pertinence clinique et l'aisance du codage, ainsi que l'omission éventuelle d'items ou d'options de codage et la pertinence des alarmes et échelles issues de l'évaluation iCA. En lien avec cette approche, les résultats concernant la pertinence des items sont d'abord présentés, suivis de ceux relatifs au codage, et de la synthèse des deux dimensions. La fréquence de détection de problèmes par les items a été examinée sur les données des clients évalués entre juin et fin novembre 2017, afin d'identifier les items dont la fréquence serait très basse (<5%). Viennent ensuite les résultats de l'évaluation de la pertinence des alarmes et échelles.

### Critères de validation des items, alarmes et échelles de l'iCAtest

Les réponses des IR et des IE sont considérées séparément, afin de tenir compte de leurs formation et pratique d'évaluation différentes préalablement au pilote.

Sur la base de la distribution des résultats et des méthodes de validation de contenu<sup>3-5</sup>, nous avons considéré qu'il fallait qu'au moins 11 des 12 IR, respectivement l'ensemble des 8 IE, aient estimé l'item/l'alarme/l'échelle comme pertinent (score de 2 ou 3) pour que sa présence ne soit pas remise en question. La même démarche a été appliquée aux résultats de l'évaluation de l'aisance du codage. Pour les items dont la présence ou le codage est remis en question par cette méthode, les raisons principales mentionnées par les professionnelles pour expliquer leur jugement négatif sont indiquées (voir le rapport intermédiaire en annexe pour les détails).

Rappelons que certains collaborateurs avaient effectué un nombre restreint d'évaluations iCAtest en fin de pilote, et que l'utilisation des alarmes et échelles est restée limitée, de sorte que le jugement des professionnels sur le contenu de l'outil pourrait encore s'affiner suite à une utilisation plus approfondie.

La fréquence de détection de problèmes a été catégorisée comme suit : <5% ; 5% à <15% ; 15% à <25% ; ≥ 25% ; ou NA (non applicable si l'item ne vise pas la détection d'un problème, et que toutes ses modalités sont informatives). La présence d'un item a été jugée peu pertinente si inférieure à 5%.

### Pertinence des items de l'iCAtest

La majorité des IR et IE a trouvé un fort ou très fort degré de pertinence clinique à la plupart des 42 items inclus dans l'iCAtest. Seuls 6 items ne sont pas considérés comme pertinents à la fois par les

IR et les IE, pour les raisons principales indiquées ci-dessous (Tableau 4), et leur inclusion dans un futur outil pourrait ainsi être remise en question.

- **Consultation aux urgences d'un hôpital au cours des 90 derniers jours** (par exemple, pour traitement ou évaluation). La raison majoritairement avancée est la redondance avec l'item précédent concernant les hospitalisations, avec lesquelles cette question pourrait être regroupée.
- **Temps écoulé depuis la dernière hospitalisation.** Cet item ne paraît pas apporter d'informations utiles pour déterminer les besoins en aide ou soins.
- **Traitements reçus ou initiés au cours des 3 derniers jours :** oxygénothérapie, soins de plaie, thérapie intraveineuse, cathéter intra-vésical. Cet item semble peu pertinent pour des clients avec demande d'aide pratique uniquement, si de tels traitements étaient mis en place, ils figureraient sans doute dans la demande et seraient probablement liés à des soins en conséquence.
- **Démence : identifier la présence de démence de type Alzheimer ou autre.** Pour les clients avec demande d'aide, les IR ne disposent pas d'informations quant aux diagnostics ou antécédents. Il est délicat de questionner les clients sur de tels diagnostics. L'absence d'un diagnostic n'empêche pas les professionnels de tenir compte des problèmes cognitifs des clients dans leur prise en charge.
- **Événement stressant au cours des 90 derniers jours :** identifier les événements de vie que la personne considère comme ayant eu un impact majeur sur sa vie au cours des 90 derniers jours (maladie/décès d'un proche/perte logement/finances/...). Cette question est considérée comme peu appropriée pour les clients avec demande d'aide pratique et il semble difficile de déterminer ce qui est un événement stressant. De plus la limite des 90 jours semble arbitraire pour déterminer ce qui peut influencer la situation actuelle.
- **Lésion post-traumatique :** fracture, lésion physique majeure après une agression ou un accident qui ont des répercussions sur les soins ou l'état actuel de la personne. A nouveau cette question est jugée peu appropriée pour les clients avec demande d'aide pratique. Chez les clients avec demande de soins, elle pourrait être regroupée avec les hospitalisations, ou avec les soins à donner.

#### Aisance de codage des items de l'iCAtest

La plupart des items (32/42) n'ont pas posé de difficulté de codage conséquente. Lorsqu'on applique le seuil de validation défini ci-dessus, 10 sont considérés comme difficiles à coder à la fois par les IR et les IE, parmi lesquels l'item relatif aux « Traitements reçus ou initiés au cours des 3 derniers jours » est jugé non pertinent (Cf. section Pertinence des items de l'iCAtest ci-dessus). Ainsi, les problèmes de codage concernent les neuf items listés ci-dessous avec les principales raisons évoquées (voir le rapport intermédiaire en annexe pour les détails):

- **Capacité à comprendre les autres.** La formulation des options de codage n'est pas claire, et n'inclut pas tous les problèmes de langage.
- **Changement de facultés cognitives pour les décisions courantes par rapport à il y a 90 jours.** Il semble difficile d'obtenir des informations permettant de coder l'item.

- **Performance dans les AVQ.** Il n'est pas facile de déterminer le pourcentage d'aide reçue par le client, les modalités de réponse sont jugées trop détaillées.
- **Relations sociales.** La formulation de l'item n'est pas claire.
- **Humeur auto-déclarée.** Il est difficile pour le client de se définir sur ce point, avec parfois une tendance à minimiser la situation ; il est difficile de trouver la modalité de réponse qui corresponde à la situation.
- **Symptômes comportementaux.** La formulation de l'item n'est pas claire, il est difficile d'obtenir une réponse, et les options de codage ne correspondent pas toujours à la situation du client.
- **Instabilité des problèmes de santé.** La formulation de l'item et de ses options de codage n'est pas claire. Il est difficile de différencier entre les deux sous-questions.
- **Capacités pour les activités instrumentales de la vie quotidienne.** Il est difficile d'expliquer au client que l'évaluation ne porte pas sur ce qu'il fait actuellement mais sur ce qu'il pense être capable de faire. Les modalités de réponse sont trop détaillées, il est difficile d'estimer le pourcentage d'aide nécessaire.
- **Situation des aidants informels.** Il semble difficile d'obtenir une information valide sur ce point lorsque les aidants ne sont pas présents. De plus la formulation des options de codage n'est pas claire. La situation est parfois mal représentée par les options de codage, de sorte que l'ajout de détails dans un champ de commentaires est nécessaire.

Soulignons qu'il ne semble pas y avoir de lien entre le nombre d'iCAtest effectués et les difficultés à coder les items, suggérant qu'elles ne seraient pas attribuables à une expérience pratique limitée. Certaines de ces difficultés pourraient être atténuées en renforçant la formation, mais cela n'est pas le cas pour toutes (par exemple, situation des aidants informels). Si les items concernés sont maintenus dans le futur outil, il sera ainsi nécessaire de réfléchir à une modification de leur formulation, ou le cas échéant, de leurs modalités de réponse.

Le Tableau 4 ci-après résume pour chaque item sa pertinence, l'aisance du codage de l'item, et sa fréquence.

**Tableau 4 Synthèse de l'évaluation des items: pertinence de la présence, aisance de codage et fréquence**

Items	Pertinence*	Codage*	Fréquence*
Type de résidence/hébergement	✓	✓	NA**
Conditions de vie	✓	✓	NA
Séjour à l'hôpital	✓	✓	+++
Consultation aux urgences	X	✓	++
Chirurgie (90 derniers jours)	✓	✓	++
Temps depuis la dernière hospitalisation	X	✓	NA
Traitements (3 derniers jours)	X	X	-
Audition	✓	✓	++
Comprendre les autres	✓	X	+
Se faire comprendre	✓	✓	+
Vision	✓	✓	+
Mémoire et capacité de rappel	✓	✓	+++
Facultés cognitives (décisions courantes)	✓	✓	+
Changement de facultés cognitives	✓	X	+
Démence	X	✓	-
Performance dans les AVQ de base	✓	X	-***
Changement de performance des AVQ	✓	✓	++
Mode de déplacement à l'intérieur	✓	✓	++
Interactions sociales réduites	✓	✓	++
Relations sociales	✓	X	+++
Solitude	✓	✓	++
Événement stressant (< 90 jours)	X	✓	+++
Humeur auto-déclarée	✓	X	+++
Symptômes comportementaux	✓	X	-
Auto-évaluation de la santé	✓	✓	+++
Lésion post-traumatique	X	✓	++
Instabilité des problèmes de santé	✓	X	+++
Fatigue	✓	✓	++
Douleurs	✓	✓	+++
Fréquence des problèmes de santé	✓	✓	+ à +++****
Chutes	✓	✓	++
Dyspnée	✓	✓	++
Tabac	✓	✓	+
Problème cutanés majeurs	✓	✓	++
Escarres	✓	✓	-
Etat nutritionnel	✓	✓	+
Etat bucco-dentaire	✓	✓	++
Capacités pour les AIVQ	✓	X	+++

Items	Pertinence*	Codage*	Fréquence*
Logement	✓	✓	+
Difficultés financières	✓	✓	+
Deux aidants informels principaux	✓	✓	+
Situation des aidants informels	✓	X	+ à ++

\* La pertinence et l'aisance du codage sont indiqués par les symboles ✓ ou X. La fréquence de détection de problèmes est représentée par les symboles suivants : - : <5% ; + : 5% à <15% ; ++ : 15% à <25% ; +++ : ≥ 25%, ou NA : non applicable si l'item ne vise pas la détection d'un problème, et que toutes ses modalités sont informatives. Sont indiqués en rose les items pour lesquels au moins une dimension pose potentiellement problème, la dimension « fréquence » rendant la présence de l'item peu pertinent lorsqu'elle est inférieure à 5%.

\*\* Cet item a de nombreuses options de réponse dont peu sont applicables à un client à domicile.

\*\*\* Seuls 3% des clients évalués par l'iCAtest sont dépendants dans les AVQ de base.

\*\*\*\* Fréquence variable selon le problème de santé considéré.

### Items ou options de codage manquants

Alors que la moitié des IR a estimé qu'il ne manquait pas d'items ou d'options de codage dans l'iCAtest, les IE (qui utilisaient l'iCAtest à la place du RAI-HC<sub>Suisse</sub>) pensaient que des items manquaient, afin d'évaluer notamment les médicaments, le poids et la taille, l'incontinence, la consommation d'alcool et les diagnostics.

En focus group, les IR et IE ont rapporté le besoin d'avoir des informations sur des domaines qui ne sont pas inclus dans l'iCAtest, au cas par cas en fonction de la situation du client, afin de compléter l'iCAtest par l'évaluation d'autres domaines lorsque cela semble pertinent, en s'appuyant sur leur expérience professionnelle. A noter que les IE reconnaissent cette limite au RAI-HC<sub>Suisse</sub> également, qu'elles complètent spontanément par l'évaluation d'autres domaines si elles le jugent nécessaire. L'ajout d'items à l'iCAtest n'est pas souhaité pour pallier à ce problème, car cela n'en ferait plus un outil suffisamment différent du RAI-HC<sub>Suisse</sub>. En revanche, le développement d'un outil plus modulable serait à envisager.

### Pertinence des échelles et alarmes de l'iCAtest

La majorité des alarmes et échelles de l'iCAtest ont été jugées pertinentes par les collaborateurs. Seule l'alarme de "risque d'hospitalisation" n'est pas jugée utile par les IR et les IE. Trop sensible, elle s'active notamment lorsque le client rentre de l'hôpital, même suite à une intervention prévue.

Le Tableau 5 ci-après synthétise pour chaque échelle ou alarme sa pertinence et la fréquence avec laquelle l'alarme ou échelle détecte un problème. A nouveau, une « fréquence » inférieure à 5% rend l'échelle ou alarme potentiellement peu informative. Outre l'alarme de "risque d'hospitalisation", trop sensible, l'échelle hiérarchique des AVQ et l'alarme de communication semblent quant à elles trop peu sensibles, la grande majorité (>95%) des clients étant dans la catégorie sans problème de ce type identifié.

**Tableau 5 Synthèse de l'évaluation des échelles et alarmes: pertinence de la présence et fréquence**

Echelles et alarmes	Pertinence*	Fréquence*
Échelle hiérarchique AVQ	✓	-
Échelle hiérarchique AIVQ	✓	++
Echelle de fonctionnement dans les AVQ et les AIVQ	✓	+++
Echelle de performance cognitive	✓	+++
Echelle de symptômes de la dépression	✓	+++
Echelle de douleur	✓	+++
Echelle de communication	✓	+
Alarme de communication	✓	-
Alarme de risque d'hospitalisation	X	+++
Alarme de douleur	✓	+++
Alarme de chutes	✓	+++
Indicateur d'autonomie	✓	++
Indicateur du potentiel de réhabilitation	✓	+++
Indicateur de l'urgence de service au client	✓	+++
Indice de sévérité des atteintes sensorielles	✓	+++

\* La pertinence des échelles et des alarmes est indiquée par les symboles ✓ ou X. La fréquence de détection de problèmes par l'échelle, respectivement, l'alarme est représentée par les symboles suivants : - : <5% ; + : 5% à <15% ; ++ : 15% à <25% ; +++ : ≥ 25%. Sont indiqués en rose les items pour lesquels au moins une dimension pose potentiellement problème, la dimension « fréquence » rendant la présence de l'item peu pertinent lorsqu'elle est inférieure à 5%.

### Apport clinique

Environ la moitié des IR témoigne du fait que les évaluations iCAtest permettent parfois d'identifier chez les clients des éléments (ressources, besoins ou problèmes) qui ne l'auraient pas été sans cet outil, que ce soit dans le domaine médical, fonctionnel, psychologique, social ou encore financier. Elles en voient aussi l'utilité pour initier la discussion sur la base des alarmes. Cependant, sa pertinence reste à démontrer pour certains clients en demande d'aide pratique, notamment les plus jeunes et ceux dont la demande d'aide est ponctuelle.

Médiatrice : « *au niveau des besoins est-ce qu'il y en a qui sont particulièrement sujets à être découverts par l'utilisation de cet outil [iCAtest] (...)* »

IR1: *Les troubles cognitifs naissants.*

IR2: *ouais*

IR1 : *Donc pas identifiables simplement au téléphone. Mais en faisant tout le questionnaire, on peut s'en rendre compte.*

IR2 : *hum hum*

IR1 : *Alors après (...) pas forcément besoin de soins derrière mais quand même une alarme.*

Médiatrice : *Et c'est le questionnaire [l'iCAtest] qui serait alors utile ou c'est juste le fait d'avoir un entretien en face à face ?*

IR1 : *Je pense que le fait d'avoir un entretien avec le questionnaire permet mieux de détecter puisqu'on a quand même des questions plus pointues que si on a juste un petit*

*entretien comme ça : « Ah vous voulez le ménage ou le Sécutél, pourquoi ? » Et puis ça nous permet quand même de couvrir un peu plus largement (...) différents domaines. Enfin moi j'ai trouvé que ça aidait. »*

Quant aux IE, la majorité a estimé que cette évaluation pouvait empêcher l'identification de certains besoins, en particulier en lien avec le traitement médicamenteux et sa gestion, ou encore l'incontinence<sup>P</sup>, -et bien entendu, dans les cas où le score de l'iEDscreener semblait inadéquat et où une évaluation avec le RAI-HC<sup>Suisse</sup> semblait de fait plus appropriée. En conséquence, certaines IE ont suggéré qu'il soit utilisé seulement chez les clients en demande d'aide pratique, ou dans le cadre des réévaluations de clients avec soins.

Une minorité des IR, environ un quart, estime que l'évaluation iCAtest a parfois conduit à la mise en place de nouvelles prestations pour les clients, ou à une modification de la manière dont ils ont été pris en charge (voir citation ci-dessous). A contrario les IE sont un peu plus enclines à penser que cela n'a pas été le cas (40% pensent que cela n'a jamais modifié les prestations, 30% que cela n'a pas modifié la prise en charge). Cependant, il n'était pas aisé de répondre à ces questions : au vu de la durée du pilote, il n'y avait sans doute pas assez de temps pour une mise en place de telles prestations. Par ailleurs, le suivi n'était en général pas fait par les personnes en charge des évaluations.

*IR : « Ça n'a pas toujours abouti à des soins, mais ça a parfois abouti à une aide. Par exemple, j'avais une dame qui avait perdu quelques dents et elle ne savait pas du tout où aller chez le dentiste parce que son dentiste était à Lausanne et elle ne pouvait plus se déplacer. Ça a abouti à ce que l'assistante sociale aille avec elle chez le dentiste et puis qu'il y ait...une plus-value pour elle. Parce que voilà, elle n'avait jamais osé parler à personne d'autre. »*

Parmi les 9 professionnels non-infirmiers qui avaient reçu un retour oral sur les résultats des évaluations iCAtest de leurs clients non-OPAS ou qui étaient allés les consulter dans Medlink<sup>Q</sup>, 7 ont estimé que ces résultats constituaient une plus-value pour leur travail (2 « oui » et 5 « plutôt oui »). Les éléments qu'ils considéraient les plus utiles étaient les aspects nutritionnels, la mobilité, les informations sur l'état de santé, les informations en lien avec l'anticipation des difficultés ; la mise en exergue des domaines de risques, de problèmes ou de ressources.

*NI : « Les informations sur l'état de santé peuvent me donner des clés pour comprendre une situation, un comportement et ainsi adapter mon intervention. »*

### **Intégration dans la pratique**

Si les collaborateurs ont dit être à l'aise dans l'utilisation de l'iCAtest auprès du client après 5 évaluations (min : 2 ; max : 10), ils ont ressenti des difficultés à l'intégrer dans l'analyse de la situation et la prise en charge. Ceci était plus marqué chez les IR.

---

<sup>P</sup> A noter que l'évaluation de l'incontinence urinaire devrait faire partie de l'outil court définitif (InterRAICheck-Up). Cf. Tableau 16 sous section 5.7.3 pour des informations sur la prévalence de ces problématiques et la pertinence du dépistage.

<sup>Q</sup> Système de gestion des dossiers clients utilisé dans tous les CMS de l'AVASAD.

Les IR et IE relèvent aussi la difficulté à faire le lien entre d'une part, les items codés, d'autre part, les échelles et alarmes du rapport de résultats (du logiciel), ainsi qu'entre ce rapport de résultat et le support d'analyse sous format papier fourni par l'équipe de projet de l'AVASAD. La restitution au client, directement en fin d'évaluation, était dès lors délicate, tant pour les IR que pour les IE, qui ont l'habitude de discuter des résultats lors d'une visite ultérieure. Néanmoins, la plupart des professionnels ont utilisé le résumé des résultats de l'iCAtest pour un partage de l'information avec le client, plus rarement avec l'entourage de ce dernier.

*IE : « Moi je trouve que c'est un système un peu dispatché comme ça. (...) j'ai besoin de faire des liens, j'ai besoin de comprendre le fonctionnement (...) j'ai un peu de la peine à utiliser ça, parce que pour moi il n'y a pas de-de logique, il n'a pas un continuum entre (...) le screener, après le [logiciel], après l'analyse et après le tableau (...) Y'a pas de liant, ça manque un peu de maïzena quoi ... pour parler cuisine. » (rires)*

Les résultats ont également été partagés avec les collègues (au moins une fois pour 8 des 13 IR et 7 des 8 IE), même si ce partage d'information était limité par l'absence de temps planifié chez les IR. S'il y a rarement eu partage des résultats avec le médecin-traitant pour les clients en demande d'aide (au moins une fois pour 2/13 IR contre 3/8 IE), le rapport de résultats était vu comme un apport en termes de professionnalisation du retour d'informations.

### **Acceptation de l'iCAtest par les clients**

Globalement il y a eu très peu de refus de l'évaluation par l'iCAtest : quelques-uns lors de la prise de rendez-vous (2 quantifiés par les IR et entre 3 et 8 par les IE), mais aucun lorsque l'infirmier ou infirmière était sur place. Ces soignants ont plutôt été confrontés au refus de quelques clients de répondre à certaines questions uniquement. Cette situation a été signalée par 4 IE (entre 4 et 9 fois au total) et par 2 IR (3 fois au total). Cependant, les clients plus jeunes, par exemple ceux qui ont besoin d'une aide limitée dans le temps suite à un accident, ne voient pas tellement l'intérêt de ce questionnement, notamment des questions relatives à la cognition. Certaines questions sont également jugées intrusives par les clients, en particulier lorsqu'ils demandent une aide pratique seulement.

*IR : « Moi j'ai eu une personne qui (...) avait l'impression qu'on allait lui enlever son ménage en fait, qui avait cette peur-là (..) puis je lui ai dit que c'était pas du tout le fait (...) elle n'a pas répondu à la moitié des questions parce que c'était trop intrusif pour elle. Bon, c'est une personne assez jeune... »*

Concernant les clients recevant des soins, les IE sont plutôt d'avis que l'utilisation de l'iCAtest au lieu du RAI-HC<sub>Suisse</sub> pourrait conduire à une réduction du nombre de refus chez les clients et que cet outil est en tous les cas apprécié des clients pour les réévaluations, puisqu'annoncé comme plus court que le RAI-HC<sub>Suisse</sub> qu'ils connaissent déjà.

**A prendre en compte pour le déploiement :**

Réfléchir à la place de l'iEDscreener dans le processus d'évaluation des nouveaux clients.

Les professionnelles reconnaissant l'apport clinique d'une évaluation par l'iCAtest chez les clients en demande de soins, cette démarche n'est pas remise en question. Il s'agira de :

- finaliser l'iCAtest en tenant compte du souhait d'un outil plus court, via la suppression d'items redondants ou peu pertinents et la simplification du codage de certains items.
- 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.
- orienter si possible l'évolution de l'iCAtest vers un outil plus modulable.

Renforcer la formation à l'intégration des nouveaux outils dans la pratique clinique (utilisation des résultats de l'iCAtest ; formation à la présentation de la démarche iEDscreener/iCAtest au client).

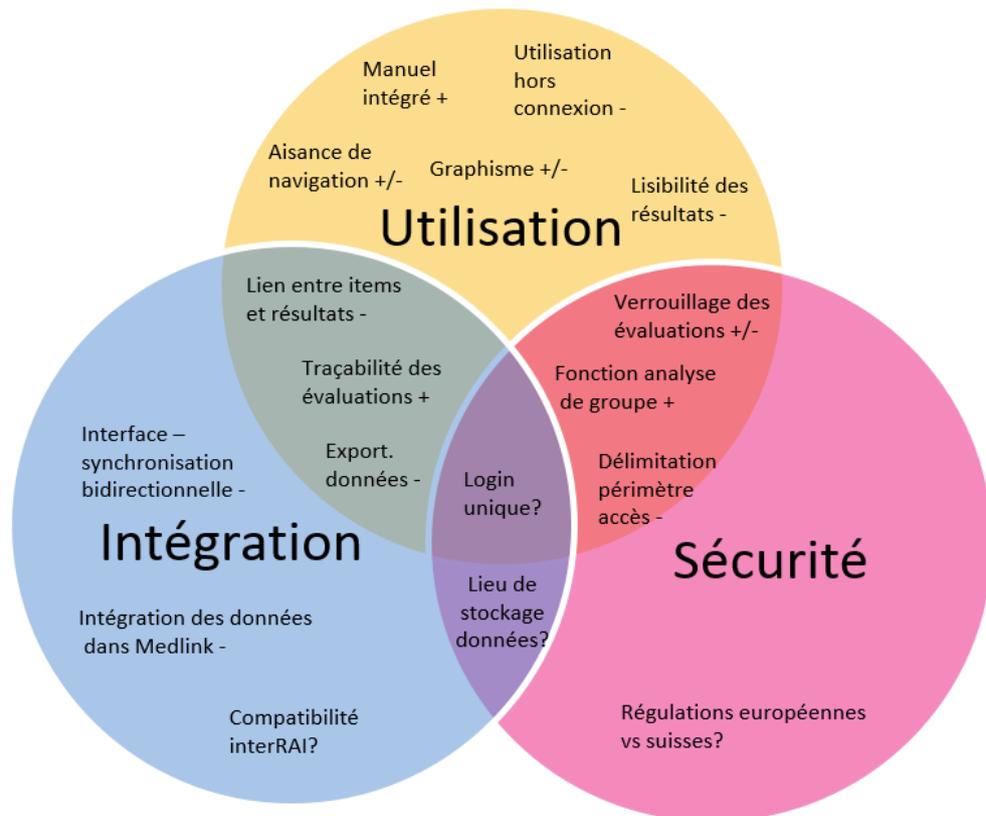
Veiller à valoriser les compétences cliniques des collaborateurs lors de l'implantation de cette approche systématique.

Travailler à l'intégration avec le système informatisé existant.

## 5.4 Appréciation du logiciel testé et besoins informatiques futurs

Les informations recueillies par les questionnaires, entretiens et focus groups ont été analysées en tant que points positifs ou négatifs ressentis du logiciel testé, ou encore points d'attention en vue du déploiement. Ensuite, ces points ont été classés dans les 3 dimensions suivantes : utilisation, intégration et sécurité (Figure 5).

Figure 5 Dimensions issues de l'évaluation du logiciel et des besoins informatiques



Comme le montre la Figure 5, certains éléments concernent deux voire trois dimensions. Afin de faciliter la lecture ils ne sont cependant traités que dans l'une ou l'autre ci-dessous.

#### 5.4.1 Utilisation du logiciel

Un seul point bloquant a été identifié lors de l'utilisation du logiciel : l'impossibilité durant le pilote de travailler hors connexion internet, situation qui peut se révéler fréquente dans certaines zones du canton et qui a nécessité le travail sur formulaire papier et la saisie différée des items. Ceci semble être un problème technique corrigeable. Les autres points énoncés sont majoritairement positifs :

- **Absence de dysfonctionnement pendant le pilote :** L'équipe informatique ne pense pas avoir été contactée une seule fois suite à un problème d'utilisation du logiciel, hormis le fait de devoir déverrouiller des évaluations pour permettre des corrections.
- **Aisance de navigation:** une matinée a suffi aux professionnels pour s'approprier les aspects de navigation, un temps inférieur à ce qui était prévu pour cette étape de formation. La possibilité de passer d'une rubrique à l'autre dans le désordre est appréciée aussi bien par les IR que les IE. L'enregistrement automatique après chaque rubrique, la barre de progression et le rappel automatique en fin de session si une rubrique n'a pas été codée sont considérés comme pratiques. En contrepartie, le fait de devoir valider chaque item est jugé contraignant.

- La saisie de texte sans restriction du nombre de caractères est appréciée par les IE, en comparaison avec leur expérience de saisie des données RAI-HC<sub>Suisse</sub> pour lesquelles la longueur des champs de texte libre est limitée. En revanche, la nécessité de coder l'item sur lequel on n'est pas en train de travailler afin de pouvoir y mettre une remarque implique le risque de coder une valeur erronée pour permettre l'ouverture du champ et d'oublier d'y revenir pour le corriger.
- **Manuel d'utilisation intégré au logiciel** : cette fonction est très appréciée.
- **Graphisme** : un professionnel l'a trouvé agréable et peu fatigant pour les yeux, tandis qu'un autre le trouvait surchargé, créant une pollution visuelle.
- **Fonctions supplémentaires** : bien que ces options n'aient pas été testées durant le pilote, l'adaptation possible de la présentation des résultats semblerait utile, notamment pour les IR qui imaginaient en focus group deux formats : un pour les professionnels et un autre plus succinct et plus parlant pour les clients. De même la possibilité d'effectuer des analyses de groupe de clients suscite un vif intérêt parmi les responsables de centre médico-social de l'AVASAD et les directions des A/F pour examiner et suivre dans le temps les profils de clients, la fréquence des problématiques, etc.
- **Traçabilité des évaluations** : l'identifiant unique lié à chaque évaluation rend possible la différenciation entre une évaluation ayant subi une correction et une nouvelle évaluation pour un client donné.
- **Lisibilité du rapport de résultats** : il a été suggéré de différencier clairement les échelles des alarmes sur ce rapport, et d'harmoniser sa présentation avec celle du support d'analyse, en format papier, fourni par l'équipe de projet. Par ailleurs, certains termes du rapport de résultats ne sont pas évidents, notamment pour la discussion avec le client. A noter que les professionnels ne se sentaient pas assez formés pour faire le lien entre une alarme ou échelle et ce qui l'a déclenchée, alors qu'une des fonctions du logiciel permet théoriquement de voir les liens entre les items et les résultats.

## 5.4.2 Intégration du logiciel

L'absence d'intégration dans le système informatisé de l'AVASAD n'est pas envisageable dans le cadre d'un déploiement à large échelle, en raison notamment des points suivants :

- **Nécessité de saisir à double certaines informations, avec risque d'erreurs**
- **Impossibilité pour les autres professionnels d'accéder aux évaluations faites.** Cela serait problématique particulièrement pour la transmission aux référents. De plus le rapport de résultats ne fournit qu'une sélection d'informations, pas toujours suffisante.
- **Impossibilité de générer automatiquement les différents documents à envoyer aux partenaires** (pour les assureurs-maladie, les médecins-traitants, ...), car ce genre de documents nécessite à la fois des données d'évaluation et des données administratives.
- **Exportation des données compliquée:** l'exportation des données (issues du logiciel testé pour les évaluations iCAtest et du système informatisé de l'AVASAD pour les données

administratives notamment), s'est révélée compliquée, nécessitant des précautions et vérifications qui ne seraient pas gérables dans le cadre d'une pratique courante.

Finalement, la solution choisie devra garantir **une compatibilité avec les autres outils interRAI**.

### 5.4.3 Sécurité

Il s'agit ici plutôt de points d'attention pour le futur que d'aspects évalués sur le logiciel testé.

- **Utilisation des identifiants d'accès usuels** : durant le pilote, l'accès au logiciel requérait des identifiants spécifiques, ce qui n'est optimal ni pour le confort des utilisateurs, ni pour la maintenance. Cette question devrait être réglée par l'intégration au système en place.
- **Stockage des données** : dans le cas où les données iCA sont stockées dans un cloud comme durant la phase pilote, elles sont hébergées en Europe. L'option de l'utilisation pour l'iCA des identifiants d'accès usuels pourrait alors constituer une porte d'entrée dans le système informatique de l'AVASAD et devrait être analysée plus en détail. Par ailleurs, dans ce cas il faudra prendre en compte le Règlement général sur la protection des données, en vigueur dès mai 2018<sup>r</sup>.
- **Définition du périmètre d'utilisation des utilisateurs** : il s'agira de s'assurer qu'un professionnel d'un CMS ait accès uniquement aux données des clients de son périmètre.

#### **A prendre en compte pour le déploiement :**

Travailler sur l'intégration avec les systèmes en place.

Assurer la possibilité d'utilisation hors connexion.

Garantir la sécurité des données, et prévoir une consultation juridique dans cette optique.

Tenir compte des points jugés positivement sur le logiciel testé pour l'établissement d'un cahier des charges du logiciel.

## 5.5 Satisfaction quant à la démarche et à l'organisation mise en place pour le pilote

### 5.5.1 Rappel des particularités par rapport aux processus usuels

Le pilote s'est construit sur un processus d'évaluation spécifique, qui a entraîné une augmentation considérable de la charge de travail des infirmières référentes, tiraillées entre le suivi de leurs clients et les évaluations des clients en demande d'aide pratique au moyen de l'iCAtest dans le cadre du projet pilote. De plus, les référentes de situation sont difficilement remplaçables, et celles impliquées dans le projet pilote n'ont pu être déchargées de leurs autres tâches. En revanche, un

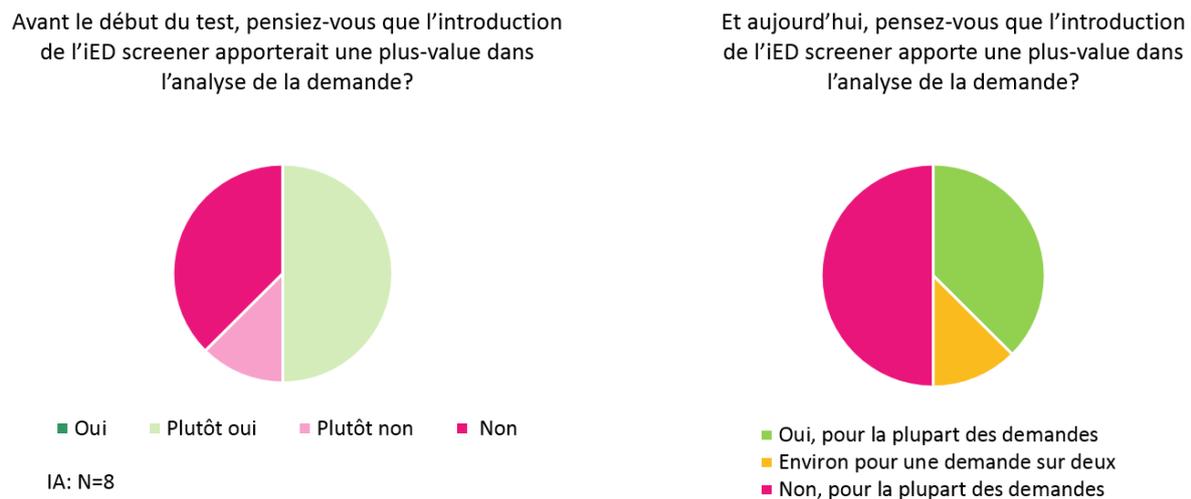
<sup>r</sup> Règlement général sur la protection des données, selon les informations disponibles sur le site de la Confédération suisse : <https://www.edoeb.admin.ch/edoeb/fr/home/documentation/bases-legales>

des CMS avait récemment mis sur pied un poste d’infirmière dédié à l’évaluation de clients en demande d’aide pratique, avec une vision plus préventive. Cette personne s’est occupée de la grande majorité des évaluations de ce CMS. De l’avis des infirmières participant aux focus groups, cette organisation était appréciée de tous.

### 5.5.2 Avis des infirmières analystes quant à la démarche du dépistage par l’IEDscreener

Les analystes ont été interrogées sur la plus-value du dépistage par l’IEDscreener pour leur analyse, telle qu’elles la percevaient avant le début du pilote, et en fin de pilote. La figure ci-dessous indique que leurs avis étaient très mitigés au départ et le sont restés en fin de pilote. La section 5.3.1 détaille l’expérience des IA avec cet outil.

**Figure 6** Avis des infirmières analystes quant à la plus-value de l’IEDscreener pour l’analyse de la demande



### 5.5.3 Avis quant à la démarche d’évaluations globales et systématiques des clients en demande d’aide pratique

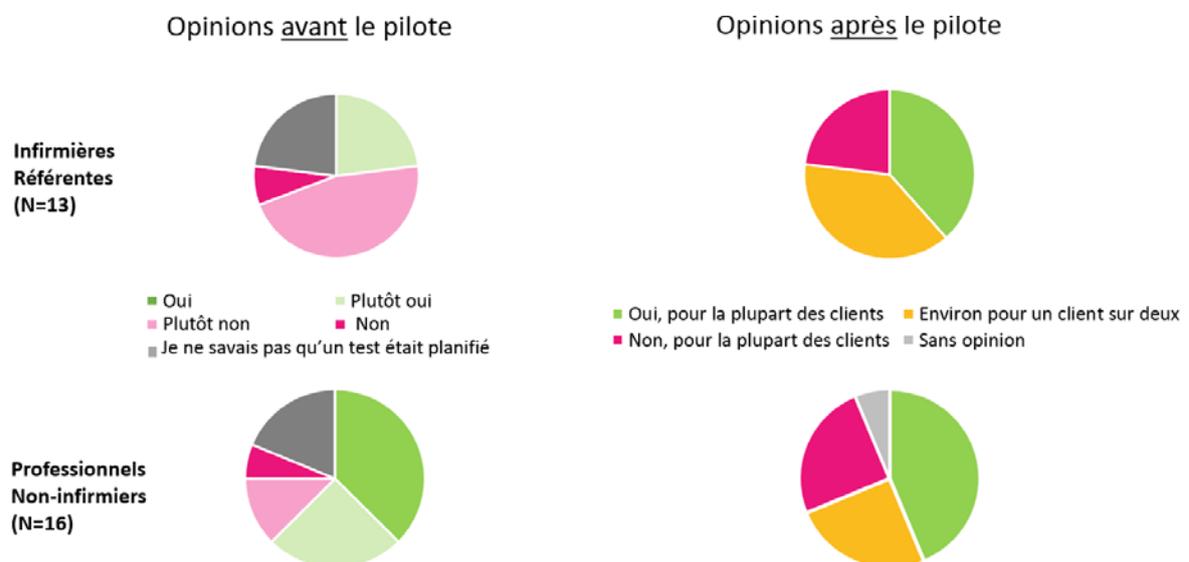
Les professionnels non-infirmiers (NI : ergothérapeutes, assistantes sociales et diététiciennes) avaient au départ un avis plus positif que les IR quant à une plus-value clinique de l’iCAtest pour les clients en demande d’aide. Cependant, à l’issue du pilote, la perception est assez similaire dans les deux groupes : environ trois quarts des personnes voient une plus-value pour environ un client sur deux, voire pour la plupart d’entre eux (Figure 7). A noter que, malgré des séances d’information de l’AVASAD dans chaque CMS présentant le projet pilote, presque un quart de ces professionnels ont déclaré qu’ils ne savaient pas qu’un test était planifié, avant que celui-ci ne commence, indiquant un potentiel d’amélioration de la communication. Cette situation peut s’expliquer par le fait que le début des tests par l’IEDscreener s’est effectué sur la centrale d’appel (CASAD) uniquement et à partir du 15 février, tandis que les CMS n’ont été impliqués que 3 mois et demi

plus tard (à partir du 1er juin). Les collaborateurs des CMS ont été informés pendant ce laps de temps.

Les NI ont pu exprimer les raisons qui motivaient leur avis dans le questionnaire. En amont du pilote, les arguments positifs incluaient la possibilité de dépister des problématiques qui ne ressortent pas de prime abord ; avoir un relevé de données anthropométriques utiles pour le suivi ; un allègement par rapport au RAI-HC<sub>Suisse</sub> ; une meilleure appréhension des aspects médicaux ; une meilleure évaluation de la situation globale du client ; la mise en place d'un temps spécialement consacré à une évaluation ou encore le fait de se rapprocher ainsi de l'idée de l'équité des soins. En fin de pilote, les avis positifs étaient justifiés par les raisons suivantes : l'analyse effectuée est plus complète ; l'évaluation permet d'identifier les besoins et de les rendre visibles dans le dossier ; cela permet d'agir en amont dans une démarche préventive.

Quant aux professionnels non-infirmiers qui estimaient, avant le démarrage du pilote, qu'il n'y avait pas de plus-value à cette démarche, leurs raisons étaient que le client a déjà ciblé ses besoins et n'est pas demandeur de plus ; qu'un référent pourrait toujours mandater d'autres professionnels si besoin, ou encore qu'il y a « suffisamment d'outils d'évaluation dans notre besace de professionnels ». En fin de pilote, les arguments étaient qu'ils n'avaient pas reçu de retour utile ; qu'il ne faut pas aller chercher des besoins ; que les référents font déjà cette démarche et que si elle est certes moins systématique, elle est tout aussi pertinente.

**Figure 7** Avis des professionnels quant à la plus-value clinique de l'iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique

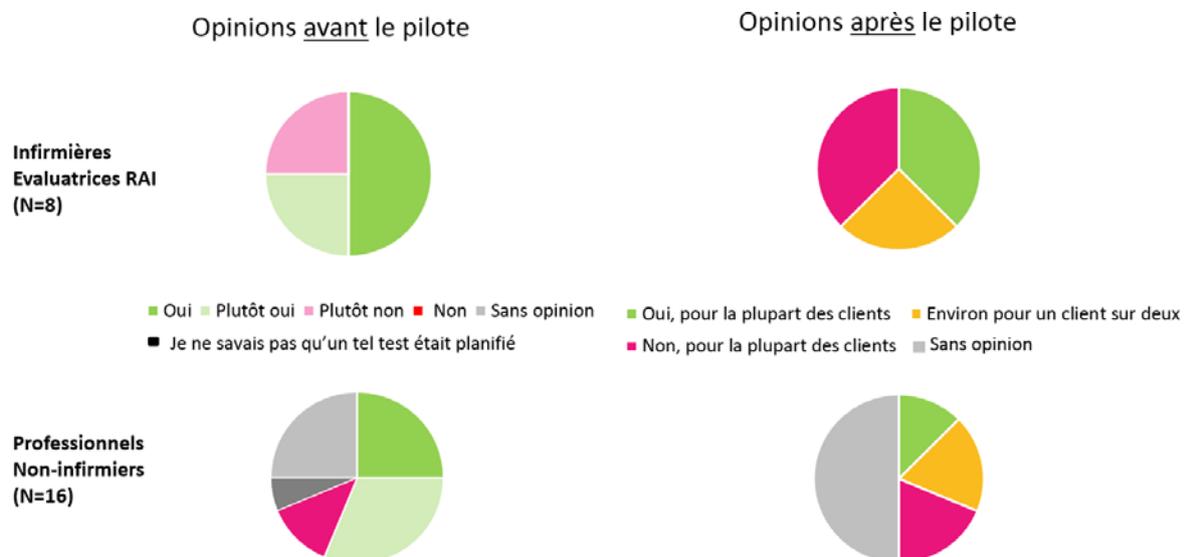


### 5.5.4 Avis quant à la pertinence d'utiliser un outil plus court que le RAI-HC<sub>Suisse</sub> pour certains clients en demande de soins

Avant le démarrage du pilote, les avis quant à la pertinence d'utiliser l'iCAtest au lieu du RAI-HC<sub>Suisse</sub> pour les évaluations de certains clients avec demande de prestations OPAS7 étaient majoritairement positifs tant chez les IE que les chez NI (Figure 8). En fin de pilote, leurs opinions l'étaient un peu moins. Ces résultats peuvent être mis en relation avec les remarques des IE en focus group, quant au fait qu'elles s'attendaient à un outil plus court, ou au contraire, que certaines dimensions manquaient dans l'évaluation par l'iCAtest. Les réponses à cette question n'étaient, selon notre analyse, pas seulement basées sur la démarche mais aussi sur l'appréciation de l'outil dans son contenu. Quant aux NI, les arguments positifs en début de pilote étaient que le RAI-HC<sub>Suisse</sub> apparaissait parfois trop lourd aussi bien pour le client que pour le collaborateur, et parfois intrusif ; qu'une évaluation plus courte serait plus facilement acceptée ; que cela permettrait d'alléger le dispositif ou encore de cibler plus rapidement les difficultés. Le seul argument négatif cité était que l'évaluation faite à chaque nouvelle demande était suffisante.

Les arguments positifs en fin de pilote ne différaient pas de ceux énoncés ci-dessus. En revanche s'ajoutent les arguments négatifs suivants : l'évaluation iCAtest est chronophage ; elle est aussi incomplète.

**Figure 8** Avis des professionnels quant à la pertinence de l'iCAtest pour certains clients en demande de soins



### 5.5.5 Avis des professionnels sur l'organisation

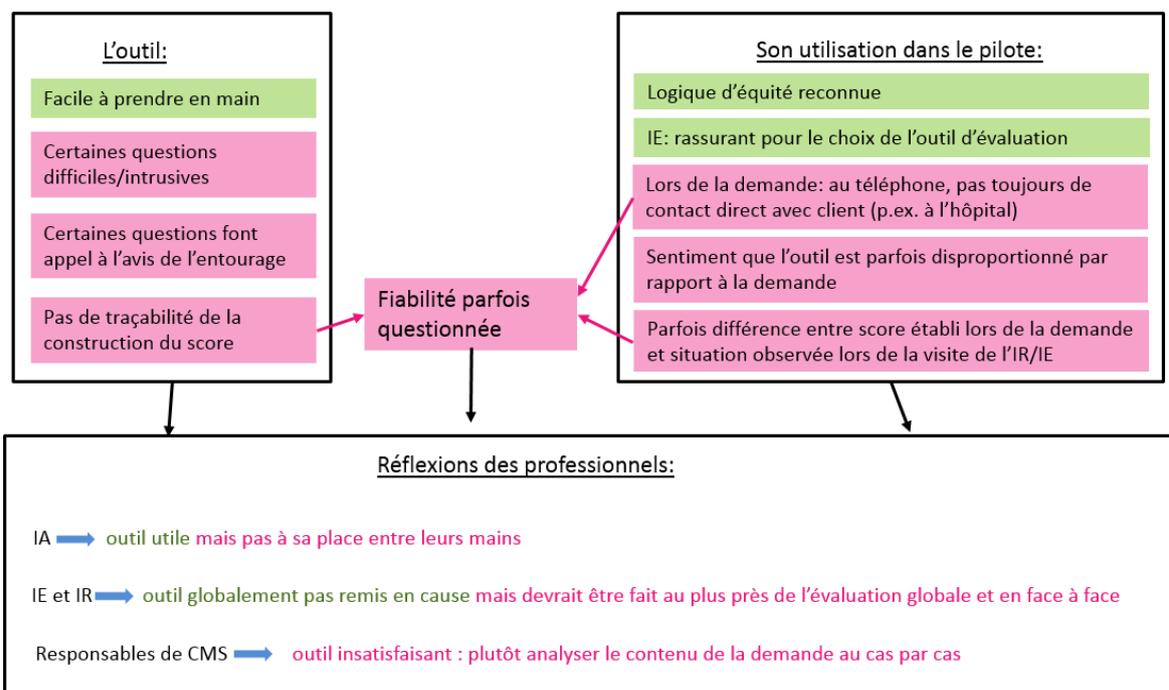
Les différents professionnels ont été interrogés sur quelle organisation leur semblerait préférable pour effectuer les dépistages par iEDscreener et les évaluations par l'iCAtest. Ils étaient ainsi amenés à juger l'organisation testée dans le pilote et à s'exprimer sur une organisation potentielle dans le cadre du déploiement.

#### Qui devrait faire les dépistages par l'iEDscreener ?

Comme le résume la Figure 9, les professionnels s'accordent sur le fait qu'il n'est pas optimal de faire ce dépistage au moment de l'analyse de la demande, et en particulier au sein d'une centrale téléphonique, notamment en raison de la difficulté à obtenir des informations valides pour compléter l'iEDscreener (éléments détaillés sous 5.3.1). Finalement, l'iEDscreener est jugé trop réducteur par certaines responsables de CMS, il faudrait selon elles se baser sur le descriptif de la situation et la demande, au cas par cas.

Il semble que le premier intervenant à domicile serait mieux placé pour effectuer le dépistage, car les informations recueillies en face-à-face et à domicile seraient plus fiables. Par ailleurs, les IE reconnaissent l'utilité d'un outil d'orientation (qu'il s'agisse de l'iEDscreener ou non) vers une évaluation plus ou moins complète, mais ont exprimé leur volonté d'effectuer elles-mêmes cette étape d'orientation.

**Figure 9** Avis des professionnels sur le dépistage par iEDscreener lors de l'analyse de la demande



### **Qui devrait faire les évaluations iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique ?**

La question de l'attribution des évaluations iCAtest des clients en demande d'aide pratique a été posée aux différents professionnels qui effectuent des évaluations non standardisées ou spécialisées selon le cas chez ces clients hors du pilote, soit les IR, ergothérapeutes, et assistant-e-s sociaux/socials. Les responsables de centre ont aussi été interrogées sur leur vision des rôles respectifs de ces professionnels. Les IR souhaitent évaluer les clients qu'elles suivent, et suivre ceux qu'elles auront évalué, tout en évoquant la possibilité, déjà pratiquée, de mettre leurs compétences infirmières à disposition pour les clients suivis par des professionnels non-infirmiers si besoin (Tableau 6). Une majorité d'entre elles estime que ces évaluations pourraient en effet être réalisées par les référents NI après formation, et évoque en particulier les ergothérapeutes. Les professionnels NI sont prêts à effectuer ces évaluations après avoir suivi une formation, les assistant-e-s sociaux/socials étant un tout petit peu plus réservés. Globalement, il semble qu'il serait moins opportun de leur confier ces évaluations, car : leur formation initiale se situe hors du domaine médical ; leur dotation est limitée ; il serait plus judicieux que ces professionnels consacrent leur temps aux situations nécessitant leur expertise dans le domaine social.

A noter que certaines assistantes sociales et ergothérapeutes n'ont pas eu de clients évalués, et que les diététiciennes ne sont pas vraiment concernées par cette possibilité d'effectuer des évaluations iCAtest, car elles sont en principe externes au CMS et ne fonctionnent pas comme référentes de clients.

Finalement, la plupart des professionnels insistent sur l'importance d'atteindre un fonctionnement efficient des professionnels formés aux évaluations et de maintenir leur expertise par une pratique suffisante, tout en ré-orientant leurs processus afin que les évaluateurs soient aussi les référents des clients.

**Tableau 6 Avis des professionnels sur qui devrait faire les évaluations iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique**

Avis des	Evaluation iCAtest par :		
	Les IR ?	Référents non-infirmiers ? Les ergothérapeutes ?	Les assistants sociaux?
INFIRMIERES REFERENTES (IR)	Attitude positive pour évaluer leur propre clientèle (Q)	Dans le cas où un client serait suivi par un référent non infirmier, seul un tiers des IR pensent que l'évaluation iCAtest devrait être faite par un infirmier (Q)	
	Ne souhaitent pas un modèle type RAI-HC <sub>Suisse</sub> , avec quelques infirmières formées en charge de toutes les évaluations iCAtest (FG)	Les IR estiment qu'il serait peut-être compliqué pour les assistants sociaux de procéder à l'analyse des résultats (FG)	
	Mais sont ouvertes à faire des évaluations pour des collègues NI si besoin (FG)  Quelques IR suggèrent de faire les réévaluations de certains de leurs clients OPAS7 (exceptés cas complexes) (FG)		
ERGO- THERAPEUTES		Aucun n'a jugé négativement le fait de ne pas faire les évaluations iCAtest pour ses clients – opinions semblable en fin de pilote (Q)	
		Tous ont indiqué être prêts à faire ces évaluations (moyennant une formation)	
ASSISTANTS SOCIAUX			Aucun n'avait négativement accueilli le fait de ne pas faire ces évaluations pour ses clients  La majorité des assistants sociaux seraient prêts à faire ces évaluations (moyennant une formation)
RESPONSABLES DE CMS	Les infirmières ou les ergothérapeutes doivent être en charge des évaluations		Il serait moins opportun de confier ces évaluations aux assistants sociaux: Formation hors champ médical Dotation limitée Mieux de concentrer leur temps sur les situations nécessitant leur expertise

**A prendre en compte pour le déploiement :**

Réfléchir au meilleur moment et lieu pour effectuer le dépistage par l'iEDscreener et modifier cette étape du processus d'évaluation en fonction (type de professionnel, administration par téléphone ou en face-à-face,...).

Concernant l'évaluation des clients en demande d'aide pratique seulement : Examiner la faisabilité des évaluations iCA par les professionnels non infirmiers, en particulier ergothérapeutes.

Modifier l'organisation des CMS en fonction des choix effectués, notamment en termes de cahier des charges et dotations.

Simplifier le processus pour le client : éviter la répétition de questions et la multiplicité des intervenants

## 5.6 Coûts de la formation à l'utilisation des nouveaux outils et de l'évaluation par l'iCAtest

Le SSP était intéressé à relever une sélection de coûts liés à l'implantation, en vue notamment de préparer le déploiement cantonal. En particulier, les coûts de formation et ceux liés aux durées d'évaluations par l'iCAtest devaient être estimés. Les coûts liés aux salaires sont en général les plus importants et sont les seuls relevés durant le pilote, bien que d'autres frais aient été engagés par le SSP ou l'AVASAD (contrat d'utilisation du logiciel, remplacement des tablettes de certains professionnels pour effectuer l'iCAtest).

Les estimations de coûts reposent sur les données fournies par l'équipe de projet coRAI de l'AVASAD :

- Nombre d'heures consacrées à la formation (y compris accompagnement) aux outils iEDscreener et iCAtest par les responsables du projet à l'AVASAD et par les professionnels directement impliqués dans l'évaluation des clients des CMS
- Nombre d'heures consacrées aux évaluations iCAtest par les professionnels directement impliqués dans l'évaluation des clients, selon les relevés d'activité habituels
- Salaire horaire moyen des responsables de projet de l'AVASAD et des professionnels directement impliqués dans l'évaluation des clients des CMS
- Nombre d'évaluations iCAtest (OPAS7 vs nonOPAS7) facturées aux assureurs, et montants facturés et remboursés

## 5.6.1 Coûts de la formation et de l'accompagnement à l'utilisation des nouveaux outils

### Coûts liés à la formation

Les Tableau 7 et Tableau 8 ci-dessous indiquent les estimations du coût des formations :

- pour les formateurs, formés à utiliser l'iEDscreener et l'iCAtest et à former leurs collègues
- pour les professionnels des CMS formés à l'utilisation d'un seul ou des deux outils

La description des différents moments de formation figure au point 5.2.1

L'évaluation de la formation indique qu'elle a été jugée positivement, mais devra être renforcée quant aux aspects d'intégration des résultats dans la prise en charge des clients. Ceci nécessite d'anticiper à la hausse les coûts de formation. En revanche, la rentabilité de la formation à l'iCAtest, faible durant le pilote, au vu du petit nombre d'évaluations réalisées par chaque professionnel formé, pourra être améliorée par une adaptation de la dotation visant à dédier du temps à cette activité d'évaluation. Une pratique plus intense et régulière des évaluations permettant aussi aux professionnels formés de rester efficaces dans leurs évaluations. Durant la phase pilote, au vu du nombre restreint d'évaluations iCAtest par professionnel lié à l'organisation spécifique mise en place, il est probable que la plupart ne soient pas sortis d'une phase d'apprentissage.

**Tableau 7** Nombre d'heures et coûts de formation des formateurs

Nombre de formateurs	Coût horaire moyen*	Temps passé à se former (moyenne, heures)	Temps de préparation à donner la formation (moyenne, heures)	Temps passé à donner la formation initiale (moyenne, heures)	Temps passé à animer les ateliers de consolidation (moyenne, heures)**	Temps passé en séance d'accompagnement des professionnels formés (moyenne, heures)**	Coût total
3	81	25	30	52	4	12	<b>29'889</b>

\*y.c. charges sociales

\*\* Chaque participant pouvait participer à un atelier de consolidation de la formation de 2h, en groupe, et à une séance d'accompagnement individuelle de 2h.

**Tableau 8** Nombre d'heures et coûts de formation des professionnels des CMS

Type de personnel infirmier	Coût horaire moyen*	Temps de formation initiale, par collaborateur	Temps passé en atelier de consolidation, par collaborateur	Coût par collaborateur	Nombre de collaborateurs	Coût par type de personnel infirmier
IA	69	5 heures	-	345	10	<b>3'450</b>
IR	63	25.5 heures	3 heures	1795.5	14	<b>25'137</b>
IE	63	25.5 heures	2 heures	1732.5	10	<b>17'325</b>
<b>Total</b>						<b>45'912</b>

\* y.c. charges sociales

### Coûts liés au support métier coRAI

L'équipe de projet coRAI de l'AVASAD était à disposition par téléphone dès l'introduction de l'iEDscreener en février 2017. Pour l'entier du pilote, elle a consacré 38 heures à répondre aux questions relatives à cet outil. Suite à l'introduction de l'iCAtest, une adresse courriel spécifique a été créée, à laquelle 52 demandes ont été adressées, correspondant à environ 40h de travail pour y répondre. La plupart de ces demandes concernaient des questions de codage, ou d'utilisation du logiciel. Ainsi, près de 80h ont été consacrées par les formateurs au support métier, soit environ 6200CHF sur la base de leur coût horaire. La plupart des professionnels a indiqué avoir eu recours au support métier coRAI, en général pour une à trois demandes.

### Coût total

Environ 30'000CHF ont été nécessaires pour assurer la formation des 3 formateurs, ainsi que le temps passé à former leurs collègues. Par ailleurs, environ 46'000CHF sont estimés pour la formation des 34 infirmières impliquées auprès des clients, auxquels s'ajoutent environ 6'000CHF relatifs au soutien via le support métier coRAI, soit un total final d'environ 82'000CHF.

## 5.6.2 Coûts des évaluations par l'iCAtest

L'estimation des coûts des évaluations par l'iCAtest repose sur les relevés d'activité des professionnelles des CMS, enregistrés à but de facturation sous deux codes spécifiques, un pour les clients en demande de soins, l'autre pour les clients en demande d'aide pratique seulement.

Les professionnels saisissaient sous ces codes, de manière cumulée, le temps d'évaluation auprès du client, ainsi que l'analyse et la documentation de l'évaluation, de même que la transmission à l'infirmier-ère référent-e, ces dernières tâches étant effectuées au CMS. Seules les activités liées à l'apprentissage de l'outil (recherche d'informations sur la manière de coder les items, p.ex.) étaient en principe enregistrées à part.

Aussi, les postes de facturation donnent une indication quant à la durée de l'entier de la démarche d'évaluation. De plus, à fins de planification, la durée « standard » d'une évaluation iCAtest avait été estimée à 45 minutes auprès du client et à 45 minutes additionnelles en l'absence du client. Seule une durée supérieure doit être justifiée par le professionnel.

Les données des Tableau 9 et Tableau 10 ci-dessous différencient la durée moyenne d'évaluation iCAtest selon le type de demande de prestations, OPAS7 ou nonOPAS7. Ainsi que l'indiquent les paramètres de distribution (écart entre minimum et maximum), elles reposent sur des durées très variables et ne doivent être considérées qu'à titre indicatif. On observe tout de même une différence de la durée moyenne d'évaluation selon le type de demande du client, probablement en lien avec la lourdeur du cas. Ce point a aussi été relevé par les infirmières participant au pilote (IE et IR). Deux autres facteurs ont été évoqués pour expliquer cette hétérogénéité : la différence de pratique professionnelle durant l'évaluation ou de pratique de facturation.

Les infirmières (IR et IE) ont été questionnées sur le temps qu'elles estimaient nécessaire pour conduire une évaluation auprès du client, ainsi que pour la documentation des dossiers et l'analyse

suivant l'évaluation. Les IR ont estimé que 45 à 90 minutes (moyenne: 62) étaient nécessaires chez le client et 15 à 90 minutes (moyenne: 47) étaient nécessaires pour la documentation. La somme des deux durées « moyennes » étant de 109 minutes, soit 1h49min. Quant aux IE, elles ont estimé qu'il fallait 30 à 90 minutes (moyenne: 54) chez le client et 40 à 90 minutes (moyenne: 64) pour la documentation, soit une durée totale moyenne valant 118 minutes (1h58min). On observe ainsi que les durées enregistrées sont, en moyenne (1h27min et 1h04min, respectivement), inférieures à celles que les infirmières estimaient nécessaires (1h49min et 1h58min, respectivement).

**Tableau 9** Durée des évaluations par l'iCAtest entre juin 2017 et avril 2018

Type de clients du CMS	Nombre d'évaluations iCAtest (juin 2017–avril 2018)	Durée moyenne (écart-type) de l'évaluation iCAtest	Durée médiane de l'évaluation iCAtest	Durées minimales et maximales de l'évaluation iCAtest
Demande de soins (OPAS7)	234	1h27min (43 min)	1h14min	18min ; 4h28min
Demande d'aide pratique (nonOPAS7)	189	1h04 min (15min)	1h02min	20min ; 2h

NOTE: les périodes indiquées dans les Tableau 9 et Tableau 10 sont différentes. Le Tableau 9 repose sur des données (issues des relevés d'activité) fournies par l'AVASAD après la fin du pilote.

**Tableau 10** Nombre d'heures et coûts des évaluations par l'iCAtest entre juin et novembre 2017

Type de clients du CMS	Nombre d'évaluations iCAtest (juin – novembre)	Nombre d'heures d'évaluations iCAtest	Coût moyen par évaluation iCAtest	Total
Demande de soins (OPAS7)	149	252 heures	140CHF	20'828CHF
Demande d'aide pratique (nonOPAS7)	133	162 heures	100CHF*	13'390CHF
Total	282	414		34'218CHF*

\* Sur la base de l'estimation du coût d'une heure d'évaluation chez les clients OPAS7 : 20'828CHF ont été facturés pour 252 heures, correspondant à 149 évaluations.

NOTE: les périodes indiquées dans les Tableau 9 et Tableau 10 sont différentes. Le Tableau 10 se base sur le nombre d'évaluations iCAtest réalisées et les montants facturés aux assureurs-maladies pour les clients OPAS7, durant la phase pilote.

Concernant les évaluations iCAtest pour des clients avec demande de soins, un montant de 20'828CHF a été facturé aux assureurs-maladies et remboursé, soit environ 140CHF par évaluation. Quant aux évaluations iCAtest pour les clients nonOPAS7, leur coût est estimé à 13'390CHF (en imputant le même coût horaire que celui d'une évaluation de client OPAS7).

Finalement, il s'agit de préciser que les évaluations par l'iCAtest ne doivent pas être considérées comme génératrices de coûts additionnels puisqu'elles remplacent les évaluations non standardisées que les IR effectuent hors du projet pilote. Il s'agit plus d'une modification de l'activité d'évaluation que d'une activité supplémentaire. Néanmoins, tant les professionnels que les clients sont sensibles aux coûts des évaluations, et demandent que la population-cible et la périodicité des évaluations soient bien choisies.

### 5.6.3 Remboursement par les assureurs des évaluations de clients par l'iCAtest

Neuf évaluations iCAtest de clients en demande d'aide pratique, mais chez qui un besoin de soins OPAS7 avait été constaté, ont été facturées aux assureurs, parmi lesquelles 7 ont fait l'objet d'un refus de remboursement. Ces chiffres sont trop limités pour investiguer d'éventuelles différences de pratique de remboursement selon l'assureur, mais témoignent d'une attitude défavorable quant au remboursement des évaluations de clients en demande d'aide. En revanche, l'AVASAD note une excellente acceptation par les assureurs des évaluations iCAtest pour les clients en demande de soins, sans incidence sur le règlement de la facture.

#### **A prendre en compte pour le déploiement :**

Intégrer les FAQ du support métier coRAI à celles du helpdesk usuel de l'AVASAD.

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.

Négocier avec les assureurs en vue du remboursement d'évaluations iCA chez les clients en demande d'aide pratique seulement. Si l'option d'évaluations effectuées par des collaborateurs non-infirmiers est retenue, il s'agirait aussi d'envisager une révision des bases légales qui ne permettent actuellement pas à ces professionnels de facturer ce type de prestations.

## 5.7 Identification du niveau de risque iAUA pour l'utilisation de l'iCAtest vs RAI-HC<sub>Suisse</sub>

Afin d'identifier pour quel niveau de risque iAUA il serait pertinent d'effectuer une évaluation courte (iCAtest) ou complète (RAI-HC<sub>Suisse</sub>), voire aucune évaluation, les caractéristiques socio-démographiques et de santé ainsi que des prestations fournies ont été examinées en fonction du niveau de risque iAUA.

Les analyses portant sur le collectif de clients nonOPAS7 sont présentées en premier, suivies de celles concernant les clients OPAS7. Il n'est en effet pas possible de regrouper ces deux collectifs, puisque les données sont issues d'instruments d'évaluation différents (iAUA issu de l'IEDscreener vs de l'iCAtest, évaluation par iCAtest vs par RAI-HC<sub>Suisse</sub>). La synthèse des résultats et les recommandations sont néanmoins présentées pour l'ensemble des clients, sans différencier entre OPAS7 et nonOPAS7.

### 5.7.1 Analyse de la concordance entre sources de l'iAUA

Une étape préliminaire consistait à examiner la concordance entre l'iAUA issu de l'iEDscreener administré par téléphone lors de l'analyse de la demande et celui issu de l'évaluation iCAtest effectuée au domicile du client.

L'analyse a été réalisée sur les 61 nouvelles demandes (de 61 clients différents) nonOPAS7 ayant eu lieu entre fin mai et novembre 2017 avec un iEDscreener par téléphone suivi d'un iCAtest à domicile. La concordance entre l'iAUA issu de l'iEDscreener par téléphone et l'iAUA issu de l'iCAtest est évaluée grâce au coefficient de concordance Kappa de Cohen<sup>s</sup> et par le tau-b de Kendall<sup>t</sup>.

#### Source d'informations pour compléter l'iEDscreener et délai entre l'iEDscreener et l'iCAtest

Des informations données par le client ont été utilisées pour remplir l'iEDscreener dans 49 cas sur 61, le client étant l'unique source d'information dans 47 cas. Un professionnel a fourni des informations dans 6 cas, sans autre source d'information dans 4 de ces cas. Finalement, un proche a donné des informations dans 7 cas et a été la seule source d'information dans 4 de ces cas.

Une information indisponible a été constatée sur les items suivants :

- état de santé auto-évalué (8 cas)
- famille ou amis dépassés (3 cas)
- humeur (1 cas)

Selon la consigne reçue par les IA, la réponse correspondant à l'absence de problème aurait dû être imputée. N'ayant que le score iAUA à disposition sans information sur les items, il est difficile de vérifier l'application de la consigne. Cela semble avoir été le cas lorsque l'information sur l'état de santé ou la surcharge de la famille manquait, au vu des scores iAUA à 1 ou 2. En revanche, dans la situation où l'information manquante concernait l'humeur, le score iAUA à 6 indique que la modalité de réponse cochée était « trouble de l'humeur ».

Le délai médian entre l'iEDscreener par téléphone et l'évaluation iCAtest à domicile était de 6 jours (min 0 / max 27) ; deux-tiers des clients (38/57) ont été évalués dans les 7 jours.

#### Distribution des scores iAUA issu de l'iED screener et de l'iCAtest

La concordance observée entre les deux sources d'information est de 48% (29/61, Tableau 11). Considérant que l'iAUA issu de l'iCAtest est d'une validité supérieure, l'iEDscreener sous-estime la plupart du temps le niveau de risque iAUA. Ceci est en partie attribuable à la consigne reçue d'indiquer une absence de problème en l'absence d'informations sur une dimension.

<sup>s</sup> Le coefficient Kappa mesure l'accord entre deux séries de mesures réalisées sur une même population. Il varie entre 0 (la concordance ne dépasse pas celle due au hasard) et 1 (concordance parfaite). Un test de Kappa pondéré a aussi été utilisé (attribution d'un « poids de concordance » d'autant plus faible que la discordance est importante) sans modification notable des résultats obtenus. A noter que cette pondération linéaire n'est pas optimale dans la mesure où le niveau de risque iAUA résulte d'un arbre de décision et non d'un processus linéaire. Pour cette raison, les résultats non pondérés sont présentés.

<sup>t</sup> C'est une mesure de corrélation non paramétrique. Une valeur de 0 indique que les deux mesures sont indépendantes, 1 indiquant une corrélation parfaite.

La concordance attendue sous l'hypothèse d'indépendance est de 30%. Le tau-b est de 0.26 et est significativement différent de 0, ce qui implique qu'on peut rejeter l'hypothèse selon laquelle les deux mesures sont indépendantes. Néanmoins, la valeur du coefficient Kappa est de 0.24 [0.09; 0.40] indiquant une concordance faible.

**Tableau 11** Distribution des scores iAUA issus de l'iED screener et de l'iCAtest

Niveau de risque iAUA		issu de l'iCAtest					
		1	2	3	4	5	6
issu de l'iED screener	1	15	0	5	0	0	0
	2	6	3	6	1	0	0
	3	5	3	11	0	0	1
	4	2	0	0	0	0	0
	5	0	0	0	0	0	0
	6	1	1	0	1	0	0

N=61

### Caractéristiques des situations dans lesquelles les scores iAUA de l'iEDscreener et de l'iCAtest concordent

Les situations dans lesquelles les scores iAUA de l'iEDscreener et de l'iCAtest concordent (n=29) se caractérisent par le fait que :

- la source d'information de l'iEDscreener était le client seul (26/29 cas)
- il y a peu de données manquantes dans l'iEDscreener (1/29 cas avec une information indisponible)

### Analyse restreinte aux situations où le client est la seule source d'information

Lorsque l'analyse est restreinte aux situations où le client est la seule source d'information (n=47), la proportion d'accord est un peu plus élevée (26/47, 55%), mais la valeur du coefficient Kappa indique toujours une concordance faible (0.30 [0.10 ;0.50]).

### Analyse restreinte aux situations sans information indisponible

Lorsque l'analyse est restreinte aux situations sans information indisponible dans l'iEDscreener et dans l'iCAtest (n=43), la proportion d'accord est aussi un peu plus élevée (24/43, 54%), mais la valeur du coefficient Kappa indique également une concordance faible (0.31 [0.11 ;0.50]).

### Limites

En raison des données disponibles, cette analyse a été faite sur un échantillon de clients nonOPAS7. Elle ne reflète pas la situation des clients OPAS7 qui n'ont pas été examinés sur ce plan. Outre la taille restreinte de l'échantillon dont ils sont issus, ces résultats sont potentiellement entachés par

le fait que la nature OPAS7 ou nonOPAS7 d'une demande varie quelque peu selon la variable utilisée pour déterminer cette information. Néanmoins, cette imprécision semble pouvoir être négligée suite au travail de vérifications effectué sur les données.

### **Discussion**

Les analyses indiquent un degré de concordance faible à modéré entre le niveau de risque iAUA issu de l'iEDscreener par téléphone et celui reconstruit à partir de l'iCAtest lors de l'évaluation à domicile.

Plusieurs facteurs peuvent influencer la concordance entre ces deux scores, notamment :

- Délai entre les deux évaluations : l'état de santé du client peut évoluer favorablement ou se détériorer durant ce délai d'environ une semaine.
- Accès aux informations : il est plus facile d'obtenir des informations lors de la visite à domicile, et ces informations, en partie basées sur l'observation, sont d'une validité supérieure.
- Personne qui effectue l'évaluation : les infirmières analystes, qui traitent les demandes des clients au téléphone, et les infirmières référentes, qui évaluent les clients au domicile n'ont pas forcément la même formation.

Cette concordance faible à modérée suggère 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. Une estimation de la proportion des cas qui seraient orientés à tort, sur la base de l'iEDscreener, vers une évaluation courte devrait être effectuée sur un échantillon plus conséquent.

## **5.7.2 Clientèle en demande d'aide pratique (nonOPAS7)**

### **Population**

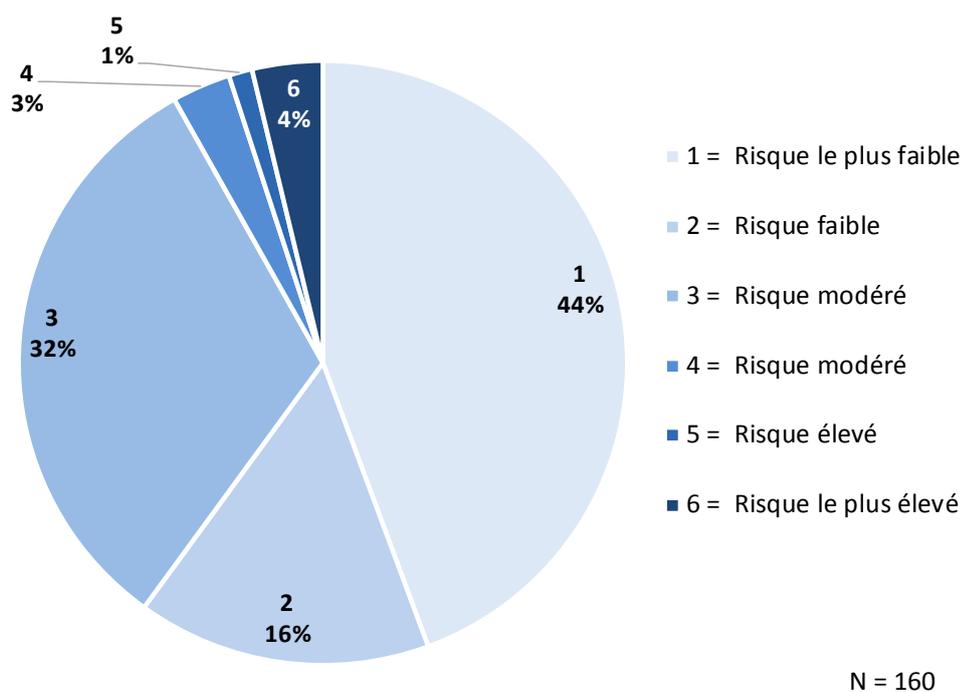
La population d'intérêt comprend l'ensemble des nouvelles demandes et réévaluations nonOPAS7 au bénéfice d'un iCAtest (n=160). La période couverte s'étale de juin 2017 à mars 2018. Afin de disposer d'une taille d'échantillon correcte, l'analyse du seuil est effectuée sur la base de l'iAUA issu de l'iCAtest (et non de l'iEDscreener). Ce choix est fait en dépit de la concordance plutôt faible entre l'iAUA issu de l'iEDscreener vs de l'iCAtest, mais est justifié par la validité a priori supérieure de l'iAUA issu de l'iCAtest, et par l'augmentation de la taille d'échantillon.

### Distribution de la clientèle nonOPAS7 dans les niveaux de risque iAUA

Quarante-quatre pourcent des situations non OPAS 7 évaluées se situent sur le premier niveau de risque du score iAUA (Figure 10). Le reste de la clientèle se répartit majoritairement sur les scores 2 et 3 (respectivement 16% et 32%). Seuls 8% des clients non OPAS7 évalués se situent sur les niveaux 4 à 6, et au vu de ces faibles effectifs, ils ont été regroupés pour la suite des analyses.

À noter que la proportion de clients non OPAS7 classés dans le niveau de risque 1 était plus faible (environ un tiers) lorsque l'iAUA issu de l'iEDscreener, disponible pour les nouvelles demandes uniquement, était utilisé. La concordance plutôt faible entre iAUA de l'iEDscreener et de l'iCAtest peut expliquer cette différence de distribution dans les niveaux de risque, l'échantillon analysé est une autre source de différence.

**Figure 10** Distribution de la clientèle en demande d'aide pratique (nonOPAS7) dans les niveaux de risque iAUA



### Profil socio-démographique selon le niveau de risque iAUA

L'âge médian est de 78 ans [p25 : 64 ; p75 : 86], sans tendance particulière en fonction du niveau de risque iAUA. La proportion de femmes est de 75%, elles sont un peu plus représentées dans les niveaux de risque intermédiaires (82% et 88%). Dans plus de la moitié des situations le client vit seul. On observe une proportion plus importante de personnes vivant seules dans le niveau de score le plus bas (1).

### Profil de santé selon le niveau de risque iAUA

Plus de 9 clients sur 10 sont indépendants pour les activités de base de la vie quotidienne (AVQ). Comme l'indique le Tableau 12, seul le groupe avec un score iAUA supérieur ou égal à 4 comprend une proportion nettement plus élevée de personnes totalement dépendantes, soit plus du tiers. Ceci est compatible avec l'algorithme de l'iAUA qui classe dans un niveau supérieur ou égal à 4 toute personne présentant une dépendance dans les AVQ de base ou des difficultés cognitives.

En ce qui concerne les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), la proportion de clients indépendants est de 15% (pourcentage calculé d'après le Tableau 12), la majorité des clients présentant une dépendance limitée, ou nécessitant une supervision pour ces activités.

L'échelle de douleur indique que les clients avec un niveau de risque bas (1) rapportent moins souvent des douleurs quotidiennes que les clients avec un score de 2 ou 3, néanmoins 37% des clients avec un niveau de risque bas ont des douleurs quotidiennes.

Quant aux performances cognitives, l'échelle indique qu'elles sont intactes pour près de trois quarts de l'ensemble des clients. Cette proportion diminue avec l'augmentation du niveau de risque iAUA. Notons cependant qu'un quart des clients avec un niveau de risque bas (1) ont un déclin cognitif léger à modéré.

L'échelle de l'humeur indique qu'environ 4 clients sur 10 ont des symptômes dépressifs légers à modérés, y compris dans le groupe ayant un score iAUA à 1. On ne peut conclure à une augmentation de la proportion de personnes avec symptôme dépressif lorsque le niveau de risque iAUA augmente puisque cela ne se vérifie pas dans la catégorie de score la plus élevée (4-6). On note cependant que l'atteinte sévère à très sévère de l'humeur se retrouve presque exclusivement chez les clients ayant un score iAUA à 3.

Le Tableau 13 indique l'occurrence de certains problèmes dépistés par des items de l'iCAtest, pour lesquels il n'y a pas d'alarme ni d'échelle spécifique. Environ 14% (pourcentage calculé d'après le Tableau 13) des clients présentent, au cours des 3 derniers jours précédant l'évaluation, une diminution de la quantité de solides ou liquides habituellement consommée. Cette proportion est la plus importante dans le niveau de risque 3 (21%).

En ce qui concerne la perte de poids, on la retrouve chez 15% des clients. Cette proportion est nettement plus faible (7%) dans le niveau de risque inférieur. La proportion de clients qui rapportent des difficultés financières est plus importante dans les niveaux de risque élevés.

Quant à la gestion des médicaments, la part des clients qui ont besoin de supervision ou d'assistance augmente avec le niveau de risque iAUA, passant de moins de 10% à près de 40% pour les niveaux de risque 4-6.

Près de 95% des clients ont un aidant, et un quart vivent sous le même toit que celui-ci. Parmi les clients avec aidant, un sentiment de fardeau familial, colère ou dépression chez ce dernier est plus souvent rapporté pour les niveaux de risque supérieurs à 2 (respectivement 21% et 15%).

**Tableau 12** Fréquences des échelles de l'iCAtest selon le niveau de risque iAUA, clients en demande d'aide pratique (nonOPAS7)

Echelle	1 (n=71)		2 (n=25)		3 (n=51)		4-6 (n=13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Échelle hiérarchique AVQ</b>								
Indépendance	70	98.6	25	100.0	51	100.0	9	69.2
Supervision / Dépendance limitée	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Aide requise / Dépendance totale	1*	1.4	0	0.0	0	0.0	4	30.8
<b>Échelle hiérarchique AIVQ</b>								
Indépendance	11	15.5	6	24.0	7	13.7	0	0.0
Supervision / Dépendance limitée	47	66.2	14	56.0	36	70.6	8	61.5
Assistance requise/Dépendance importante ou totale	13	18.3	5	20.0	8	15.7	5	38.5
<b>Échelle de fonctionnement dans les AVQ et AIVQ</b>								
Indépendance	11	15.5	6	24.0	7	13.7	0	0.0
AIVQ précoce/intermédiaire/dépendance	59	83.1	19	76.0	44	86.3	9	69.2
AIVQ AVQ Transition	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
AVQ précoce/intermédiaire/dépendance	1	1.4	0	0.0	0	0.0	4	30.8
<b>Échelle de douleur</b>								
Aucune douleur quotidienne	45	63.4	8	32.0	20	39.2	8	61.5
Douleur quotidienne mais pas forte	20	28.2	12	48.0	16	31.4	4	30.8
Douleur quotidienne (très) forte	6	8.4	5	20.0	15	29.4	1	7.7
<b>Échelle de communication</b>								
Intact / limite intact	71	100.0	25	100.0	50	98.0	12	92.3
Difficultés légères à modérées	0	0.0	0	0.0	1	2.0	1	7.7
Difficultés modérée/sévères à très sévères	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Échelle de performance cognitive</b>								
Intacte	53	74.7	21	84.0	35	68.6	7	53.8
État limite / Déclin modéré	18	25.4	4	16.0	16	31.4	6	46.2
Déclin (très) important	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Échelle de sévérité des atteintes sensorielles</b>								
Les deux sens sont intacts	54	76.1	19	76.0	33	64.7	8	61.5
Un sens intact et un sens déficient	14	19.7	4	16.0	15	29.4	5	38.5
Les deux sens ont une déficience	3	4.2	2	8.0	3	5.9	0	0.0
<b>Échelle d'humeur auto-déclarée (3 missing values)</b>								
Pas de symptôme	43	60.6	11	45.8	13	26.0	5	41.7
Indication très légère / légère	19	26.8	7	29.2	14	28.0	2	16.6
Indication légère – modérée / modérée	9	12.7	5	20.8	16	32.0	5	41.7
Indication modérée - sévère / sévère / très sévère	0	0.0	1	4.2	7	14.0	0	0.0

Note : les catégories de score iAUA 4 à 6 ont été regroupées en raison de leurs faibles effectifs.

**Tableau 13** Fréquences d'items sélectionnés de l'iCAtest selon le niveau de risque iAUA, clients en demande d'aide pratique (nonOPAS7)

Item	1 (n=71)		2 (n=25)		3 (n=51)		4-6 (n=13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>État nutritionnel</b>								
Diminution de la quantité de solides ou de liquides habituellement consommée au cours de 3 derniers jours	7	9.9	3	12.0	11	21.6	1	7.7
Perte de poids	5	7.0	5	20.0	11	21.6	3	23.1
<b>Difficultés financières</b>								
	5	7.0	2	8.0	7	13.7	2	15.4
<b>Gestion des médicaments</b>								
Indépendance	65	91.6	23	92.0	44	86.3	8	61.5
Supervision / Dépendance limitée	2	2.8	1	4.0	2	3.9	3	23.1
Assistance requise / Dépendance importante ou totale	4	5.6	1	4.0	5	3.8	2	15.4
<b>Aidant</b>								
Aucun aidant	5	7.0	1	4.0	4	7.8	0	0.0
Au moins 1 aidant mais pas sous le même toit	55	77.5	13	52.0	33	64.7	9	69.2
Au moins 1 aidant sous le même toit	11	15.5	11	44.0	14	27.5	4	30.8
<b>Sentiment de fardeau familial, colère ou dépression de l'aidant (clients avec aidant(s), n=150)</b>								
	2	3.0	1	4.2	10	21.3	2	15.4

Note : les catégories de score iAUA 4 à 6 ont été regroupées en raison de leurs faibles effectifs.

Les deux alarmes présentées dans le Tableau 14 montrent que les clients avec un score iAUA supérieur ou égal à 4 présentent davantage de risque de chute et ceux avec un score iAUA de 3 ou 4 ont un risque d'hospitalisation plus élevé que ceux des niveaux inférieurs. Cependant, les deux alarmes sont présentes avec une fréquence non négligeable dans le groupe des clients avec un score iAUA de 1. A noter qu'environ un quart des clients dans les niveaux de risque 1 à 3 ont été hospitalisés dans les 30 jours précédant l'évaluation iCAtest, cette proportion est supérieure chez les clients présentant un score iAUA supérieur ou égal à 4 (31% ; données non présentées).

**Tableau 14** Fréquences des alarmes Chutes et Risque d'hospitalisation de l'iCAtest, selon le niveau de risque iAUA, clients en demande d'aide pratique (nonOPAS7)

Alarme	1 (n=71)		2 (n=25)		3 (n=51)		4-6 (n=13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Chutes</b>								
Aucun antécédent ni facteur de risque	36	50.7	10	40.0	16	31.4	3	23.1
Au moins 1 antécédent et/ou facteur de risque	35	49.3	15	60.0	35	68.6	10	76.9
<b>Risque d'hospitalisation</b>								
Risque faible	48	67.6	15	60.0	16	31.4	7	53.8
Risque moyen	0	0.0	1	4.0	12	23.5	0	0.0
Risque élevé	23	32.4	9	36.0	23	45.1	6	46.2

Note : les catégories de score iAUA 4 à 6 ont été regroupées en raison de leurs faibles effectifs.

### Prestations fournies selon le niveau de risque iAUA

La proportion de clients avec soins infirmiers augmente avec le niveau de risque iAUA (Tableau 15): il s'agit de clients avec demande d'aide pratique chez qui un besoin de soins a été mis en évidence. Cependant, il n'y a pas de différence notable quant à la proportion de clients avec soins de base.

L'aide au ménage est la prestation la plus fréquente, sans tendance notable selon le score iAUA. Quant aux repas fournis, on ne peut pas non plus identifier de tendance selon le niveau de risque iAUA. Finalement, les clients avec un score iAUA supérieur ou égal à 3 ont plus souvent bénéficié de démarches sociales que ceux dont le score est égal à 1 ou 2.

**Tableau 15** Prestations fournies au moins une fois dans les 30 jours suivant l'évaluation, selon le niveau de risque iAUA, clients en demande d'aide pratique (nonOPAS7)

Prestation	1 (n=63)		2 (n=20)		3 (n=49)		4-6 (n=13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Soins infirmiers (OP7b)</b>	2	3.2	2	10.0	6	12.2	4	30.8
<b>Soins de base (OP7c)</b>	1	1.6	2	10.0	1	2.0	1	7.7
<b>Ergothérapie</b>	1	1.6	1	5.0	5	10.2	1	7.7
<b>Aide au ménage</b>	31	49.2	13	65.0	25	51.0	6	46.2
<b>Repas</b>	17	27.0	4	20.0	10	20.4	4	30.8
<b>Biotélévigilance</b>	11	19.3	2	11.8	7	18.9	1	9.1
<b>Démarches sociales</b>	27	42.9	7	35.0	26	53.1	7	53.9
<b>Accompagnement psycho-social</b>	1	1.6	0	0.0	3	6.1	0	0.0
<b>Conseil</b>	1	1.6	0	0.0	1	2.0	0	0.0
<b>Orientation</b>	1	1.6	0	0.0	1	2.0	0	0.0
<b>Aide à la famille</b>	1	1.6	1	5.0	3	6.1	0	0.0

Note : aucune prestation n'a pu être identifiée pour 15 clients, d'où un effectif de 145 clients pour cette analyse

### 5.7.3 Clientèle en demande de soins (OPAS7)

#### Population

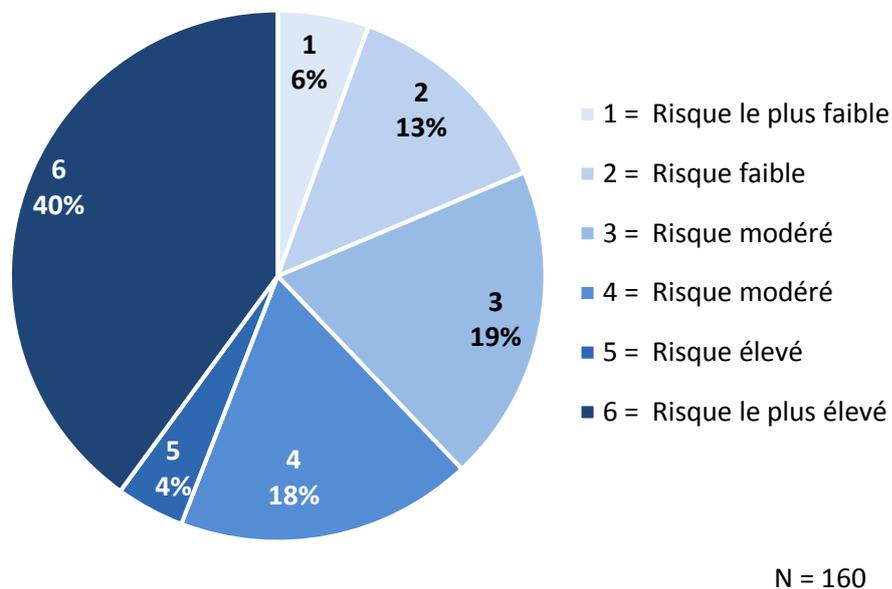
La population d'intérêt incluait l'ensemble des nouvelles demandes OPAS7 soumises à un dépistage par téléphone à l'aide de l'iEDscreener puis par une évaluation à domicile. La période couverte s'étale de février à fin novembre 2017. Les échelles et alarmes de l'iCAtest n'étant pour la plupart pas reproductibles à l'aide de l'outil RAI-HC<sub>Suisse</sub>, seuls les clients des CMS ne participant pas à l'approche par strates (i.e. Le Mont, Echallens, READOM) ont été sélectionnés pour cette analyse (n=145).

### Distribution dans les niveaux de risque iAUA

Quarante pourcent des situations OPAS7 évaluées ont un niveau de risque iAUA maximal, à 6 (Figure 11). Le reste de la clientèle se répartit majoritairement sur les scores 3 et 4. Moins de 20% des clients OPAS7 se situent sur les niveaux 1 et 2.

Étant donné le faible effectif dans les catégories 1 et 5, ces deux scores sont regroupés avec le niveau supérieur (respectivement 2 et 6) pour la suite des analyses.

**Figure 11** Distribution de la clientèle en demande de soins (OPAS7) dans les niveaux de risque iAUA



### Profil socio-démographique selon le niveau de risque iAUA

L'âge moyen est de 83 ans (âge médian 83 ans [p25 : 77 ; p75 : 87]). L'âge tend à augmenter avec le niveau de risque iAUA. Plus de la moitié des demandes concernent des femmes, avec de légères différences selon le niveau de risque iAUA : les femmes étant un peu plus nombreuses dans les niveaux 5 et 6.

Dans la moitié des situations le client vit seul. Cette proportion passe de 30% dans le niveau de score le plus bas à 60% dans le score le plus élevé.

### Profil de santé selon le niveau de risque iAUA

Le Tableau 16 indique la proportion de clients concernés par les alarmes du RAI-HC<sub>Suisse</sub> : la fréquence des alarmes Chutes, Cognition, Communication et Incontinence urinaire augmente avec les scores de dépistage, et en particulier chez les clients ayant un score iAUA supérieur ou égal à 4. Comme l'indique la deuxième colonne du tableau, 3 de ces 4 dimensions sont présentes à la fois dans l'iCAtest et dans le RAI-HC<sub>Suisse</sub>, même si l'alarme n'est pas directement comparable, ou que l'iCAtest produit une échelle mais pas d'alarme pour le même domaine (un tableau de comparaison plus détaillé figure en Annexe 11).

En revanche, l'iCAtest ne contenant pas d'item relatif à l'incontinence, ceci signifie que les clients évalués par cet outil et présentant un trouble de la continence ne seraient pas dépistés. Sur les 68 personnes présentant une incontinence urinaire, 12% se situent en dessous du seuil de 3, 26% en dessous du seuil de 4 et 47% en dessous du seuil de 5 (pourcentages calculés depuis le Tableau 16). Ces proportions représentent la fraction des clients chez qui cette problématique ne serait pas dépistée s'ils étaient évalués au moyen de l'iCAtest et non du RAI-HC<sub>Suisse</sub>, selon le seuil iAUA choisi (si le RAI-HC<sub>Suisse</sub> est effectué pour les niveaux iAUA de 4 et plus, 26% des clients avec incontinence urinaire ne seraient pas identifiés).

Parmi les alarmes moins souvent activées, celle concernant la déshydratation se rencontre plus souvent parmi les clients avec un score iAUA à 5 ou 6. On observe aussi une fréquence plus élevée d'atteinte de la fonction visuelle chez les clients avec un score iAUA supérieur ou égal à 5 ou 6, et d'escarres chez les clients avec un score iAUA à 5 ou 6.

Finalement, l'alarme concernant les médicaments psychotropes se rencontre chez 35% de l'ensemble des clients. Cette proportion monte à plus de 50% parmi les clients avec un score iAUA à 3. Sur les 49 clients présentant l'alarme, 12% se situent en dessous du seuil de 3, 43% en dessous du seuil de 4 et 63% en dessous du seuil de 5 (pourcentages calculés depuis le Tableau 16). Comme il n'y a pas d'information sur les médicaments psychotropes dans l'iCAtest, ces valeurs correspondent aux proportions de client chez qui cette problématique ne serait pas dépistée s'ils étaient évalués au moyen de l'iCAtest et non du RAI-HC<sub>Suisse</sub>, selon le seuil iAUA choisi.

**Tableau 16** Fréquence des alarmes du RAI-HC<sub>Suisse</sub> selon le niveau de risque iAUA, clientèle en demande de soins (OPAS7)

Alarmes du RAI-HC <sub>Suisse</sub>	Présence dans l'outil iCAtest*	1-2 (n=27)		3 (n=28)		4 (n=26)		5-6 (n=64)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
2 Activités instrumentales de la vie quotidienne	E	17	63	15	53.6	23	88.5	44	68.8
18 Douleur	A	23	85.2	14	50	18	69.2	42	65.6
15 Chutes	A	12	44.4	16	57.1	19	73.1	46	71.9
20 Problèmes de la peau et des pieds		17	63.0	13	46.4	15	57.7	41	64.1
8 Cognition	E	9	33.3	16	57.1	17	65.4	45	70.3
16 Nutrition	i	13	48.2	19	67.9	14	53.9	32	50
5 Troubles de la communication	A	12	44.4	13	46.4	14	53.9	33	51.6
30 Incontinence urinaire et sonde à demeure		8	29.6	10	35.7	13	50	37	57.8
3 Promotion de la santé	i	7	25.9	11	39.3	18	69.2	35	54.7
1 Potentiel de réadaptation pour les AVQ	i	10	37	8	28.6	15	57.7	32	50
28 Évaluation de l'environnement physique	i	8	29.6	11	39.3	12	46.2	29	45.3
10 Dépression et anxiété	E	9	33.3	14	50	10	38.5	27	42.2
13 Problèmes cardio-respiratoires	i	10	37	14	50	11	42.3	21	38.6
26 Médicaments psychotropes		6	22.2	15	53.6	10	38.5	18	28.1
29 Régulation intestinale		8	29.6	9	32.1	8	30.8	19	29.7
14 Déshydratation	i	5	18.5	5	17.9	5	19.2	24	37.5
12 Rôle et fonction sociale	i	7	25.9	7	25	9	34.6	16	25
17 Santé buccale	i	5	18.5	6	21.4	14	53.8	17	26.6
22 Fragilité du système d'aide informelle	i	6	22.2	4	14.3	3	11.5	18	28.1
21 Adhésion aux traitements		2	7.4	8	28.6	3	11.5	14	21.9
4 Risque d'entrée en institution	i	1	3.7	1	3.6	9	34.6	12	18.8
6 Fonction visuelle	E	2	7.4	4	14.3	5	19.2	13	20.3
19 Escarres (ulcères de pression)	i	1	3.7	2	7.1	2	7.7	11	17.2
9 Comportement	i	3	11.1	1	3.6	2	7.7	8	12.5
7 Abus d'alcool et dangers liés à l'alcool		0	0.0	3	10.7	3	11.5	3	4.7
23 Gestion des médicaments	i	1	3.7	0	0.0	0	0.0	2	3.1
27 Réduction de l'intervention des professionnels	i	0	0.0	1	3.6	0	0.0	2	3.1
11 Maltraitance		0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.6
24 Soins palliatifs	i	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
25 Mesures préventives, vaccinations, dépistage									

*alarme absente du RAI-HC<sub>Suisse</sub>*

\* A=présence d'une alarme, dans le cas contraire : E=présence d'une échelle ou i=absence d'indicateur spécifique mais un ou plusieurs items de l'alarme RAI-HC<sub>Suisse</sub> sont présents dans l'iCAtest.

Note : Étant donné le faible effectif dans les catégories de score iAUA 1 et 5, ces deux scores sont regroupés avec le niveau supérieur (respectivement 2 et 6).

### Prestations selon le niveau de risque iAUA

Plus de 95% des clients ont reçu des prestations de soins infirmiers au moins une fois dans les 30 jours suivant l'évaluation (Tableau 17). Cette fréquence est relativement stable à l'intérieur des différents niveaux de risque iAUA. La médiane du nombre de prestations reçues est de 5, sauf pour les scores iAUA les plus bas où elle est de 4. En terme de durée totale sur la période, ou de durée par prestation, il n'y a pas de tendance liée au niveau de risque iAUA.

En ce qui concerne les prestations de soins de base, 58% des clients y ont eu recours dans le mois suivant l'évaluation. On observe une hausse avec l'élévation du niveau de risque, la proportion passant de 22% des clients pour les niveaux 1-2 et 3 à plus de 80% pour les niveaux 4 à 6. Cette observation peut être attribuée à l'algorithme de l'iAUA qui classe dans un niveau supérieur ou égal à 4 toute personne présentant une dépendance dans les AVQ de base et/ou des difficultés cognitives. Le nombre médian de prestations de soins de base passe de 18.5 dans le niveau 1-2 à 28.5 pour le niveau 4 et 22.5 pour le niveau 5-6.

Quant aux autres prestations, deux tiers des clients ont eu recours à des soins d'ergothérapie avec une fréquence plus importante dans les niveaux 4 à 6 par rapport aux niveaux inférieurs. Viennent ensuite l'aide au ménage et les repas, dont la fréquence est aussi plus élevée pour les niveaux 4 à 6, de même que l'orientation vers d'autres prestations soutenant le maintien à domicile, telles que les centres d'accueil temporaires et les court-séjours en EMS.

**Tableau 17** Prestations fournies au moins une fois dans les 30 jours après l'évaluation, selon le niveau de risque iAUA, clientèle en demande de soins (OPAS7)

Prestations	1-2 (n=26)		3 (n=27)		4 (n=26)		5-6 (n=60)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Soins infirmiers (OP7b)	26	96.3	27	96.4	26	100.0	60	95.2
Soins de base (OP7c)	6	22.2	6	21.4	20	76.9	52	82.5
Ergothérapie	11	40.7	10	35.7	21	80.8	49	77.8
Aide au ménage	3	11.1	5	17.9	8	30.8	20	31.8
Repas	5	18.5	4	14.3	6	23.1	22	34.9
Biotélévigilance	4	14.8	2	7.1	5	19.2	13	20.6
Démarches sociales	2	7.4	5	17.9	2	7.7	15	23.8
Orientation	1	3.7	0	0.0	4	15.4	12	19.1
Acc. psycho-social	0	0.0	4	14.3	6	23.1	5	7.9
Conseil, 30 dern. jours	1	3.7	1	3.6	1	3.9	4	6.4
Moy. auxiliaires	0	0.0	0	0.0	1	3.9	1	1.6
Aide à la famille	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.6

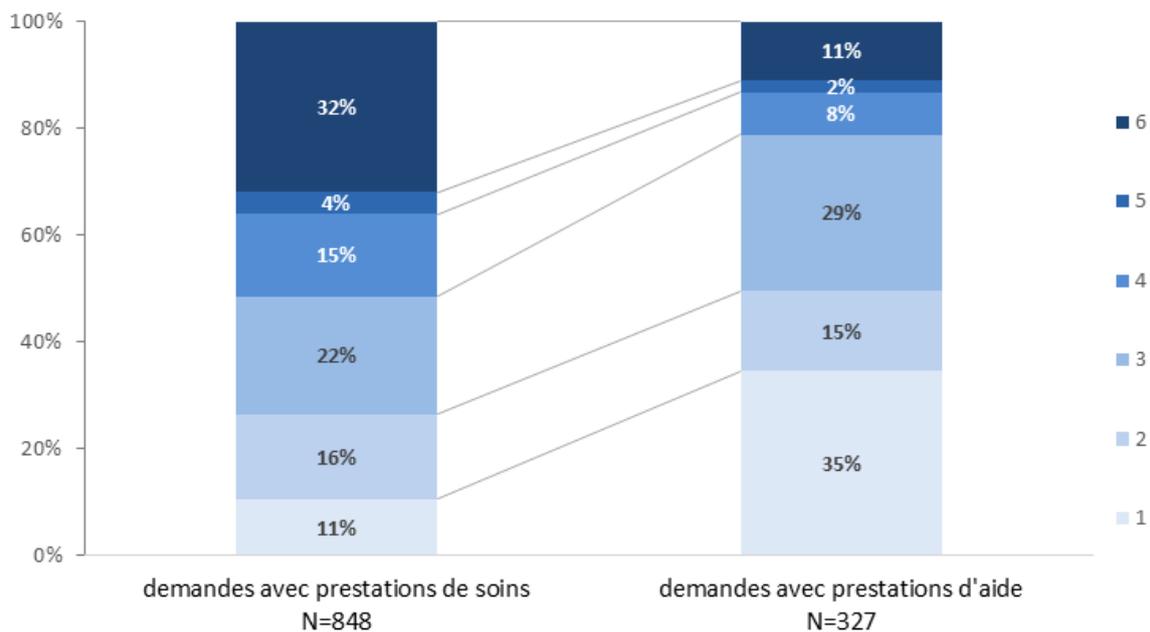
### 5.7.4 Extrapolation à l'ensemble des clients évalués durant le pilote

La Figure 12 ci-dessous montre la distribution dans les niveaux de score iAUA de l'ensemble des 1175 nouveaux clients, en demande de soins (n=848) ou d'aide pratique (n=327), évalués par l'iEDscreener entre février 2017 et novembre 2017. A noter que ces répartitions sont un peu différentes de celles exposées en sections 5.7.2 (clients en demande d'aide) et 5.7.3 (clients en demande de soins), car ces dernières reposaient sur des sous-échantillons pour lesquels les données nécessaires aux analyses étaient disponibles.

Aussi, sur les 848 clients en demande de soins évalués par l'iEDscreener durant le pilote, le plus grand groupe est celui des personnes ayant un score iAUA à 6. Cependant, la répartition en fonction du seuil testé à 4 est homogène : 50% des clients ont un score iAUA inférieur à 4, et 50% supérieur ou égal à 4.

Parmi les 327 clients en demande d'aide pratique, plus du tiers (35%) sont classés dans le niveau de score le plus bas (1), suivis des scores de 2 et 3, classant ainsi 80% des clients dans des niveaux de score en-dessous du seuil de 4.

**Figure 12** Distribution des scores iAUA des clients évalués par l'iEDscreener, selon le type des prestations demandées

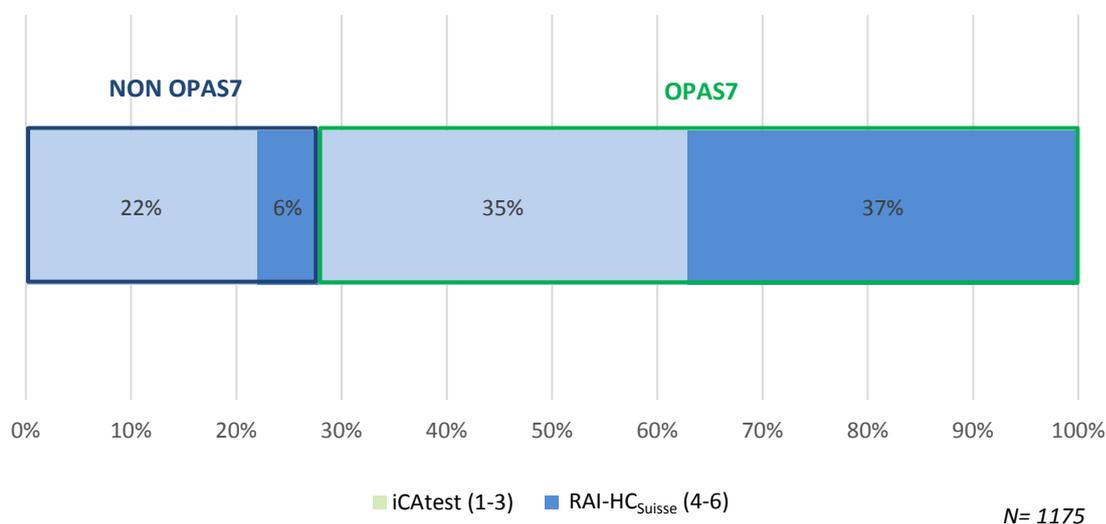


N=1175 demandes entre février et novembre 2017 (+ 36 demandes non classées)

Note : Après exclusion des 91 clients READOM OPAS7, la répartition dans les niveaux de score reste très similaire (1 :11% ; 2 :17% ; 3 :14% ; 5 :4% ; 6 :30%)

La Figure 13 présente l'estimation de la proportion des clients qui seraient orientés vers une évaluation courte (iCA) ou complète (RAI-HC<sub>Suisse</sub>) sur la base d'un seuil iAUA à 4 conservé pour le déploiement, sous l'hypothèse que chaque client serait évalué à l'aide d'un outil standardisé. Cette estimation, basée sur l'ensemble des 1175 clients (en demande de soins ou d'aide pratique) évalués par l'iEDscreener durant le pilote, permet une extrapolation grossière du volume de chaque type d'évaluation : sur l'ensemble des clients avec une nouvelle demande, un peu plus de la moitié (57%) seraient orientés vers une évaluation iCAtest, ces 57% étant constitués de 22% de clients en demande d'aide pratique et de 35% de clients en demande de soins. Les 43% restants, majoritairement des clients en demande de soins (37%) seraient orientés vers l'évaluation RAI-HC<sub>Suisse</sub>,

**Figure 13** Estimation de la proportion des clients qui seraient orientés vers une évaluation iCA ou RAI-HC<sub>Suisse</sub> sur la base d'un seuil iAUA à 4



### 5.7.5 Synthèse des résultats

**Il ne semble pas pertinent de proposer un niveau de risque iAUA pour lequel aucune évaluation complémentaire ne serait effectuée**

En effet, on observe dans le groupe des clients avec niveau de risque iAUA de 1, dans lequel se situent un peu plus d'un tiers à près d'une moitié des clients en demande d'aide pratique (selon que l'on considère l'ensemble des clients ou le sous-échantillon sur lequel les analyses ont pu être faites), une fréquence non négligeable de syndromes gériatriques tels qu'un déclin cognitif léger à modéré, un risque de chutes, une atteinte des activités instrumentales de la vie quotidienne ou encore des douleurs quotidiennes, qui ne seraient pas dépistés en l'absence d'évaluation iCAtest. Ces résultats corroborent l'avis des infirmières référentes, qui estimaient que l'utilisation d'un outil systématique et standardisé permettait d'identifier des problématiques qui auraient pu rester non

détectées, comme les troubles cognitifs débutants. La recherche a établi que ces divers syndromes gériatriques sont des facteurs de risque de déclin fonctionnel<sup>6</sup>, qui restent souvent non diagnostiqués en l'absence d'un dépistage systématique et pour lesquelles des interventions efficaces sont disponibles<sup>7</sup>. Ces dimensions font notamment partie de celles sélectionnées par l'Organisation mondiale de la santé dans ses guidelines pour l'évaluation des patients âgés (qui incluent la cognition, la dépression, la mobilité, la nutrition, la vision, l'audition, l'incontinence urinaire et le risque de chutes)<sup>8</sup>. Des interventions sur ces facteurs de risque pourraient ralentir le déclin fonctionnel chez ces clients. Par exemple, concernant les chutes, la revue systématique faite par le groupe Cochrane sur de nombreuses études interventionnelles a estimé que les programmes d'exercices physiques et les interventions au domicile diminuaient le risque de chute d'environ 30%<sup>9,10</sup>. Quant aux troubles cognitifs, qui seraient identifiés tardivement dans plus de la moitié des cas, il est admis que le dépistage précoce est favorable, malgré l'absence de traitement efficace des démences de type Alzheimer, car il permet d'adapter la prise en soins à domicile<sup>11</sup>.

Concernant l'identification des clients en demande d'aide pratique pour lesquels une évaluation, même de type iCAtest semble représenter un investissement disproportionné, d'autres critères que le score iAUA pourraient être utilisés. Par exemple, comme évoqué par les infirmières analystes, la nature des prestations demandées (transports occasionnels uniquement), ou la courte durée prévue des prestations pourraient constituer une raison de ne pas utiliser l'iCAtest. De tels critères d'exclusion existent déjà pour la méthode RAI-HC<sub>Suisse</sub><sup>u</sup> et pourraient être révisés ou complétés.

**Une évaluation courte semble pertinente pour un niveau de risque iAUA inférieur à 4, tandis que l'évaluation RAI-HC<sub>Suisse</sub> pourrait être effectuée pour un niveau de risque iAUA supérieur ou égal à 4 .**

Parmi les clients en demande d'aide pratique, ceux dont le score iAUA est supérieur ou égal à 4 ont un profil de santé moins favorable : une atteinte fonctionnelle et cognitive notable est plus fréquente, de même qu'un risque d'hospitalisation élevé. Bien que ces résultats doivent être considérés avec précaution en raison du petit nombre d'individus dans cette catégorie, ils indiquent l'intérêt potentiel d'évaluer au moyen du RAI-HC<sub>Suisse</sub> les clients en demande d'aide pratique ayant un score iAUA supérieur ou égal à 4. La proportion de ces clients est de 10-20% selon l'échantillon considéré. Un autre élément en faveur d'une évaluation RAI-HC<sub>Suisse</sub> chez ces clients est le fait qu'un tiers d'entre eux bénéficient de soins de base (prestations OPAS7) dans le mois suivant l'évaluation, et seront évalués ultérieurement au moyen du RAI-HC<sub>Suisse</sub>.

Chez les clients en demande de soins (OPAS7), le seuil iAUA supérieur ou égal à 4 testé durant le pilote semble pertinent si l'on examine d'une part la distribution des clients dans les niveaux de risque iAUA, d'autre part les différences dans les profils socio-démographique et de santé. Les clients avec un niveau de risque iAUA supérieur ou égal à 4 ont une fréquence plus élevée de chutes, de problèmes cognitifs, de problèmes de communication, d'incontinence, de déshydratation, et d'escarres, de même qu'une plus grande fragilité du système d'aide informelle. Certaines de ces dimensions ne sont pas évaluées de manière aussi poussée dans l'iCAtest par rapport au RAI-HC<sub>Suisse</sub>, avec comme conséquence l'absence d'alarme correspondante dans l'iCAtest (en particulier

---

<sup>u</sup> Règles d'utilisation de la méthode RAI-HC<sub>Suisse</sub>, version octobre 2016, AVASAD, Lausanne.

pour l'incontinence, nutrition, escarre). Un seuil plus élevé (seuil à 5) conduirait à négliger une plus grande proportion de ces problématiques, qui, comme décrit précédemment, sont des facteurs de risque de déclin fonctionnel sous-détectés et pour lesquels il est possible d'intervenir. De manière plus générale, les études scientifiques ont montré que l'évaluation systématique des différents facteurs de risque de déclin fonctionnel couplée à leur prise en charge permettait une amélioration de la qualité des soins, du devenir fonctionnel des personnes concernées, voire parfois une réduction des hospitalisations <sup>12-17</sup>.

Relevons aussi que l'orientation de clients en demande de soins vers une évaluation courte alors qu'ils sont déjà relativement atteints dans leur santé ne serait pas de nature à favoriser l'adhésion des professionnels, puisque certaines infirmières évaluatrices RAI étaient d'avis que l'iCAtest ne convenait pas, en général, pour l'évaluation de la clientèle en demande de soins.

L'examen des prestations fournies aux groupes ayant un score iAUA inférieur à 4 comparés à ceux ayant un score iAUA supérieur ou égal à 4 conforte la proposition de maintenir le seuil à 4.

Si ce seuil de 4 est appliqué tant aux clients en demande d'aide pratique que de soins, un peu plus de la moitié des nouvelles demandes (57%, dont plus de la moitié seraient des clients en demande de soins) seraient orientées vers une évaluation iCAtest, tandis que 43%, majoritairement des clients en demande de soins seraient orientés vers l'évaluation RAI-HC<sub>Suisse</sub>,

Relevons également que ce résultat est basé sur la comparaison entre l'outil court testé durant le pilote et le RAI-HC<sub>Suisse</sub>, et ne peut s'appliquer directement à la situation future dans laquelle l'outil court définitif et l'interRAI Home Care auront remplacé ces deux outils.

Finalement, au vu de l'augmentation de la fréquence des différents problèmes de santé avec le niveau de risque iAUA mais sans qu'il y ait un seuil net pour un niveau de risque iAUA, l'idée d'un outil modulable évoquée par les infirmières en focus group gagnerait à être examinée afin de mieux couvrir les besoins des clients des CMS. Un tel outil pourrait remplacer à la fois l'iCAtest et le RAI-HC<sub>Suisse</sub>. L'outil modulable reposerait sur des items de dépistage, complétés par une évaluation plus en détail, par exemple par des modules issus du RAI-HC (version suisse ou interRAI) en cas de problème décelé lors de l'évaluation courte au domicile du client. Ainsi, l'évaluation d'une situation simple serait restreinte, peut-être plus courte que l'évaluation au moyen de l'iCAtest, tandis que les situations complexes seraient finalement soumises à une évaluation complète type RAI-HC<sub>Suisse</sub>.

**A prendre en compte pour le déploiement :**

Répéter sur un échantillon plus grand, permettant des analyses plus en détail, 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.

Examiner la faisabilité sous l'angle des ressources disponibles (financières/professionnels formés ou à former), d'évaluer par l'outil court les clients ayant un score iAUA <4, et par le RAI-HC<sub>Suisse</sub> ceux ayant un score iAUA supérieur ou égal à 4, sans tenir compte de la nature OPAS7 ou non des prestations demandées.

Examiner la possibilité de faire évoluer l'iCAtest et le RAI-HC<sub>Suisse</sub> vers un outil commun plus modulable afin de prendre en compte différents besoins selon les situations.

Dans le cas d'un passage de l'iCAtest vers l'outil interRAI Check-up, et du RAI-HC<sub>Suisse</sub> à la version interRAI Home Care, examiner l'impact en termes de domaines supplémentaires ou au contraire manquants dans ces nouvelles versions, de manière à s'assurer que le seuil à 4 reste pertinent après ces changements d'outils.

Réviser les règles d'utilisation de l'outil d'évaluation court afin de mieux cibler les clients nonOPAS7 qui n'auraient pas besoin d'une telle évaluation, en fonction du type et de la durée prévue des prestations.



# 6

## Synthèse et recommandations



## 6 Synthèse et recommandations

### 6.1 Synthèse des résultats

Les principaux constats de cette évaluation sont les suivants (Tableau 18) :

- 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<sub>Suisse</sub>, 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.
- 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.
- La collaboration étroite entre l'équipe de projet coRAI du SSP et l'équipe de l'AVASAD, aux compétences professionnelle complémentaires, a permis l'élaboration d'un outil jugé pertinent par les professionnels du terrain, dont la finalisation ne devrait pas se révéler trop compliquée.
- Cette collaboration a également abouti à une formation de qualité à l'utilisation des deux outils, qui a été jugée positivement par les infirmiers et infirmières formées. De l'avis des professionnels formés comme des formateurs, il s'agira cependant de la renforcer en ce qui concerne l'intégration des outils dans la pratique et l'élaboration du plan de soins des clients.
- Le logiciel testé pour l'utilisation de l'outil d'évaluation court s'est révélé facile d'utilisation, le point négatif principal étant l'impossibilité de l'utiliser hors connexion internet durant le pilote. Ce problème d'ordre technique devra être résolu pour une utilisation à large échelle. De même, une utilisation généralisée n'est pas envisageable sans intégrer le logiciel et le système informatique en place dans les CMS.
- Globalement, les professionnels sont favorables à la démarche d'orienter les clients vers une évaluation plus ou moins approfondie selon leur profil. De plus, l'iEDscreener comme l'iCAtest sont jugés plutôt positivement. 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, et donc par téléphone plutôt qu'en présence des clients
  - le choix, pour faciliter la formation de confier les évaluations courtes aux référents de profil infirmier uniquement, sans modifier par ailleurs la répartition de leurs tâches
- 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 des modalités d'enregistrement de celle-ci. Cependant, les données relevées indiquent que l'évaluation

par l'iCAtest est plus courte que celle par le RAI\_HC<sub>Suisse</sub>, et qu'elle prend moins de temps chez les clients en demande d'aide pratique que chez ceux en demande de soins.

- 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 évaluer par iEDscreener les clients hospitalisés.
- Le profil de santé des clients avec score de risque iAUA supérieur ou égal à 4 est moins favorable tant chez les clients en demande d'aide pratique que chez ceux en demande de soins. Plusieurs dimensions souvent atteintes chez ces clients (performance fonctionnelle, cognition, incontinence, déshydratation, risque de chutes,..) sont évaluées de manière moins poussée par l'iCAtest que par le RAI\_HC<sub>Suisse</sub>, voire absentes de l'iCAtest, qui n'a donc pas d'alarme correspondant à certaines de ces dimensions. Une évaluation courte semble ainsi pertinente pour un niveau de risque iAUA inférieur à 4, tandis que l'évaluation RAI\_HC<sub>Suisse</sub> pourrait être effectuée pour un niveau de risque iAUA supérieur ou égal à 4.
- Il ne paraît pas pertinent de déterminer un niveau de risque pour lequel l'évaluation courte ne serait pas effectuée. En effet, entre 30% et 50% des clients en demande d'aide pratique, selon l'échantillon considéré, 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, des critères additionnels 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).

### Limites du pilote

Une limite évidente est relative au petit nombre de professionnels consultés pour l'évaluation, même si leur participation fut excellente.

Deux réserves sont à émettre concernant l'évaluation de l'iCAtest :

- le choix d'un processus d'évaluation différent de l'organisation usuelle pour les clients en demande d'aide pratique ne permet pas de juger de la faisabilité de ces évaluations par les professionnels non-infirmiers, tel que souhaité par l'AVASAD dans le futur.
- certains collaborateurs ayant effectué un nombre restreint d'évaluations iCAtest durant le pilote, avec une utilisation limitée des alarmes et échelles, il est possible que le jugement des professionnels sur le contenu de l'outil évolue suite à une utilisation plus conséquente. De même, l'estimation de la durée nécessaire à l'évaluation iCAtest dépend partiellement

de cette mise en pratique limitée, certains professionnels se trouvant potentiellement encore en phase d'appropriation.

Il faut aussi bien avoir à l'esprit que l'impact d'une évaluation standardisée des clients en demande d'aide pratique sur les prestations proposées n'a pas été étudié dans le cadre du pilote. Ce questionnement était initialement jugé comme allant au-delà des objectifs d'un test pilote assez court. En conséquence la dimension relative aux aspects de suivi des risques de déclin fonctionnel et de prévention ne faisait pas partie des objectifs initiaux de formation. Il est probable que cela explique au moins en partie les difficultés des utilisateurs à intégrer les résultats de l'évaluation dans l'élaboration du plan de soins.

Concernant l'analyse du niveau de risque iAUA pour lequel une évaluation par l'iCAtest vs RAI-HC<sub>Suisse</sub> serait pertinente, il faut relever que le nombre de clients en demande d'aide pratique est resté plus faible qu'attendu tout au long du pilote. De plus, les différences de contenu (items, alarmes, échelles) entre l'iCAtest et le RAI-HC<sub>Suisse</sub> ne permettent pas de regrouper les données des clients en demande d'aide pratique et en demande de soins ; les échantillons de clients sont dès lors d'autant plus faibles lorsque stratifiés par le niveau de risque iAUA.

Finalement, ni les CMS, ni les professionnels, ni les clients inclus dans le pilote ne peuvent être considérés comme représentatifs de l'ensemble de leurs pairs au niveau cantonal.

Tableau 18 Synthèse des réponses aux questions d'évaluation

ELEMENTS D'ANALYSE	POINTS POSITIFS	POINTS NEGATIFS
MISE EN ŒUVRE (Section 5.1)	Intérêt des professionnels pour l'introduction d'un outil d'évaluation plus bref que le RAI-HCSuisse  Collaboration des équipes de projet coRAI du SSP et de l'AVASAD pour l'élaboration des formations et de l'outil iCAtest  Introduction dans le délai prévu de l'iEDscreener et utilisation pour pratiquement tous les nouveaux clients  Grande disponibilité de l'équipe de projet coRAI de l'AVASAD envers les collaborateurs des CMS	Changement de périmètre ; annonce d'une décision de déploiement et anticipation du déploiement    Report de l'introduction de l'iCAtest et utilisation pour un volume de clients inférieur à la cible, nécessitant une prolongation du pilote  Application hétérogène des consignes d'utilisation de l'iEDscreener et de l'iCAtest
FORMATION et ACCOMPAGNEMENT à l'utilisation des outils iEDscreener et iCAtest (Section 5.2)	Contenu et format de bonne qualité, répondant aux besoins des collaborateurs  Interventions de suivi et support métier très appréciés	Formation insuffisante pour : – une bonne intégration des outils dans la pratique – l'utilisation des résultats dans la prise en charge du client
PERTINENCE ET APPORT CLINIQUE DE L'iEDscreener (Section 5.3.1)	Facile à prendre en main	Perçu comme parfois disproportionné et contenant certaines questions intrusives
PERTINENCE ET APPORT CLINIQUE DE L'iCAtest (Section 5.3.2)	Contenu en grande majorité pertinent  Clients en demande d'aide pratique : profil plus complet que les évaluations non standardisées usuelles	Trop long, certains items redondants, codage compliqué pour certains items  Clients en demande de soins : manque d'informations, profil moins complet qu'avec l'évaluation par le RAI-HCSuisse
LOGICIEL et besoins informatiques (Section 5.4)	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 A LA DEMARCHE et à L'ORGANISATION (Section 5.5)	Démarche appréciée car favorise l'équité de traitement des clients	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 (Section 5.6)	Evaluation par l'iCAtest plus courte que par le RAI-HC <sub>Suisse</sub> ,  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 (Section 5.7)	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 <sub>Suisse</sub>	Concordance plutôt faible entre le niveau de risque iAUA issu de l'iEDscreener (par téléphone) et celui reconstruit à partir de l'iCAtest

## 6.2 Recommandations

A l'issue du projet pilote coRAI CMS, il ne s'agit pas pour les auteures du présent rapport de se positionner sur l'opportunité d'un déploiement de la démarche coRAI dans les CMS du canton, ce déploiement ayant été décidé au niveau politique en cours de pilote. Les résultats de l'évaluation permettent aux auteures de faire quelques recommandations en vue de sa préparation.

Le Tableau 19 reprend les recommandations issues de cette évaluation, tenant également compte des évolutions de l'iCAtest vers l'outil interRAI CheckUp, et du passage du RAI-HC<sup>Suisse</sup> à la version interRAI Home Care actuellement envisagées par le Service de la santé publique.

D'un point de vue général, on retrouve ces éléments dans le bilan tiré d'expériences similaires d'implantation de nouveaux outils ou démarches professionnelles<sup>18, 19</sup>.

Tout d'abord, il semble crucial de planifier soigneusement le déploiement, en tenant compte d'une réorganisation nécessaire des cahiers des charges et dotations, d'un temps d'appropriation nécessaire lors de la mise en place d'un changement de pratique. Il est souhaitable d'intégrer dans les groupes de travail des professionnels du terrain. L'intégration des cadres dans les formations, afin de pouvoir soutenir leurs équipes, et le soutien des directions en général, comptent parmi les facteurs de succès importants.

Concernant les supports informatisés de ces nouveaux outils, l'intégration avec les solutions informatiques en place est essentielle pour leur utilisation à large échelle.

Un autre élément décisif pour l'acceptation de nouveaux outils est la valorisation des compétences professionnelles, en cherchant à garder un équilibre entre approche systématique et jugement clinique des collaborateurs.

Par ailleurs, toujours dans l'optique de stimuler l'adhésion des collaborateurs, et à travers eux, des clients, il s'agit d'explicitier les enjeux de santé publique de ces nouvelles démarches et outils d'évaluation, en différenciant la perspective individuelle et la vision populationnelle.

Dans un registre similaire, il semble opportun d'exposer les enjeux financiers d'une démarche systématique de dépistage de syndromes gériatriques, en rappelant que les effets d'un tel projet sont attendus plutôt à long terme qu'à court terme<sup>17</sup>.

Tableau 19 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 <b>renforçant les aspects liés à l'intégration dans la pratique</b>, 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 <b>interventions de suivi</b> (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 <b>valoriser les compétences professionnelles des collaborateurs</b>.</p> <p>Eviter de former les collaborateurs peu avant une période de vacances.</p> <p>Tenir compte d'un <b>temps d'appropriation relativement conséquent</b> pour l'utilisation optimale de nouveaux outils.</p> <p>Prévoir des séances de <b>formation continue</b>.</p>
PERTINENCE et APPOINT CLINIQUE	<p>Tenir compte du <b>souhait d'un outil iCA plus court</b> en supprimant les items redondants ou peu pertinents et simplifiant le codage de certains items, tout en s'orientant vers un <b>outil plus modulable</b>.</p> <p>Modifier dans la mesure du possible les <b>options de codage</b> de la capacité à effectuer des activités quotidiennes qui nourrissent tant <b>l'échelle des AVQ que celle de performance cognitive</b>, 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 <b>points forts et des limites du logiciel testé pour l'établissement d'un cahier des charges</b> guidant le choix du futur logiciel et notamment assurer la possibilité <b>d'utilisation hors connexion</b>.</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 <b>meilleur moment et lieu pour effectuer le dépistage par l'iEDscreener</b> et modifier le processus d'évaluation en fonction.</p> <p>Concernant l'évaluation des clients en demande d'aide pratique: <b>Examiner la faisabilité des évaluations iCA par les professionnels non infirmiers</b>, 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 <b>cahier des charges et dotations</b>.</p>
COÛTS DE LA FORMATION ET DE L'ÉVALUATION iCAtest	<p><b>Documenter en temps réel la durée des différentes phases de l'évaluation iCA</b>, 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), <b>répéter, sur un échantillon plus grand</b>, 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><b>Examiner la faisabilité (ressources financières/professionnels formés ou à former), d'évaluer par l'outil court les clients ayant un score iAUA &lt;4</b>, sans tenir compte de la nature OPAS7 ou non des prestations demandées.</p> <p><b>Examiner l'impact de l'évolution de l'iCAtest vers l'outil interRAI CheckUp, et du passage du RAI-HCSuisse à la version interRAI Home Care</b>, sur les domaines évalués ou non dans ces nouvelles versions, pour s'assurer que le seuil à 4 reste pertinent.</p> <p>Examiner la possibilité de faire évoluer l'iCAtest et le RAI-HC<sub>Suisse</sub> <b>vers un outil commun plus modulable</b> afin de prendre en compte différents besoins selon les situations.</p> <p><b>Réviser les règles d'utilisation de l'outil d'évaluation court</b> 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 <b>information suffisante des professionnels de fonction administrative ou managériale</b> qui n'utilisent pas directement les nouveaux outils.</p> <p>Expliciter les <b>enjeux de santé publique</b> 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 <b>temps d'appropriation pour modifier les pratiques et la culture professionnelles</b>.</p>

# 7

# Références



## 7 Références

- 1 Etat de Vaud. DÉCRET sur le développement d'outils et de processus favorisant la continuité et la coordination des soins. Etat de Vaud; 2016 [cited 2017 09.01.2019]; Available from: <https://prestations.vd.ch/pub/blv-publication/actes/consolide/800.033>.
- 2 Pluye P, Hong QN. Combining the power of stories and the power of numbers: mixed methods research and mixed studies reviews. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:29-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24188053>
- 3 Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986 Nov-Dec;35(6):382-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3640358>
- 4 Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006 Oct;29(5):489-97. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16977646>
- 5 Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007 Aug;30(4):459-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654487>
- 6 Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med*. 1999 Feb;48(4):445-69. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10075171>
- 7 Iliffe S, Lenihan P, Orrell M, Walters K, Drennan V, Tai SS, et al. The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice. *Br J Gen Pract*. 2004 Dec;54(509):914-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15588536>
- 8 World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.
- 9 Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12(9):CD007146. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22972103>
- 10 Panel on Prevention of Falls in Older Persons AGS, British Geriatrics S. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Jan;59(1):148-57. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21226685>
- 11 Bradford A, Kunik ME, Schulz P, Williams SP, Singh H. Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2009 Oct-Dec;23(4):306-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19568149>
- 12 Landi F, Onder G, Tua E, Carrara B, Zuccala G, Gambassi G, et al. Impact of a new assessment system, the MDS-HC, on function and hospitalization of homebound older people: a controlled

- clinical trial. *J Am Geriatr Soc.* 2001 Oct;49(10):1288-93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11890486>
- 13 Min LC, Reuben DB, Adams J, Shekelle PG, Ganz DA, Roth CP, et al. Does better quality of care for falls and urinary incontinence result in better participant-reported outcomes? *J Am Geriatr Soc.* 2011 Aug;59(8):1435-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21806560>
- 14 Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008 Mar;63(3):298-307. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18375879>
- 15 Landi F, Onder G, Russo A, Tabaccanti S, Rollo R, Federici S, et al. A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use. *J Clin Epidemiol.* 2001 Sep;54(9):968-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11520658>
- 16 Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2008 Mar 1;371(9614):725-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18313501>
- 17 Stolle C, Wolter A, Roth G, Rothgang H. Effects of the Resident Assessment Instrument in home care settings. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.* 2012;45(4):8.
- 18 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
- 19 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 Apr 18;18(2):5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30127689>

# 8

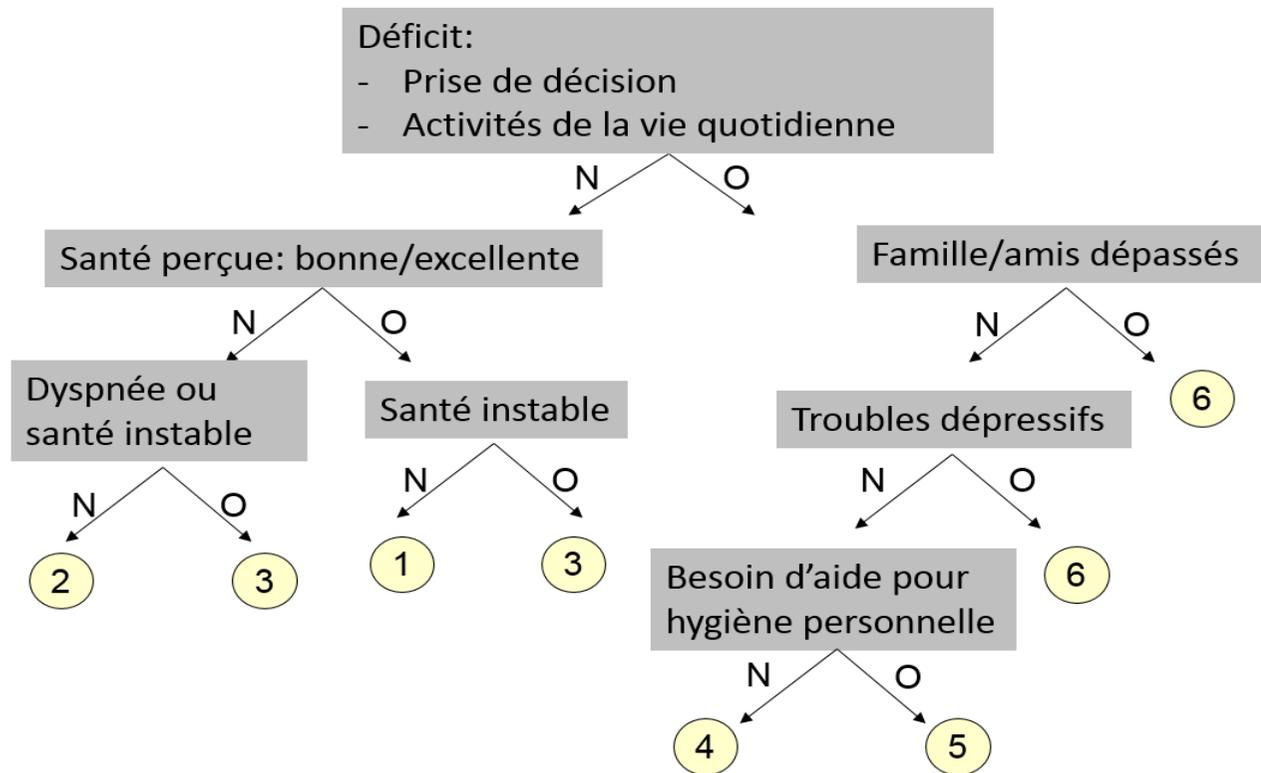
# Annexes



## 8 Annexes

### 8.1 L'outil iEDscreener et l'iAUA

#### ALGORITHME DE L'IED SCREENER



D'après:  
Wellens N. et al. Output clinique d'interRAI Contact Assessment® programme coRAI canton de Vaud. Document de travail  
Lausanne (CH) : 2017.

## 8.2 Questionnaires

### 8.2.1 Questionnaire (expérience) infirmières et infirmiers analystes

#### Questionnaire sur votre expérience pendant le test du projet coRAI - A l'attention des infirmières et infirmiers analystes

Ce questionnaire a pour but de recueillir des informations concernant votre expérience pendant la période de test du nouvel outil d'aide au traitement de la demande, InterRAI Emergency Department (IED) screener dans le cadre du projet coRAI.

Ce questionnaire sera suivi de l'organisation d'un focus group avec certain(e)s d'entre vous, selon une sélection aléatoire. Ce focus group aura pour but d'explorer plus en détails les aspects positifs et négatifs de votre expérience, abordés succinctement dans ce questionnaire. Un espace est cependant prévu en fin de questionnaire permettant de vous exprimer plus longuement ou sur d'autres aspects qui vous semblent importants.

Les informations collectées seront traitées de manière totalement anonyme.

Le temps nécessaire pour répondre à ce questionnaire a été estimé à environ 5 à 10 minutes. Si vous deviez vous interrompre, vous pouvez cliquer sur le bouton "Finir plus tard".

Il y a 31 questions dans ce questionnaire.

Avez-vous trouvé que les deux séances de formation initiales à l'IED screener vous avaient bien préparé(e) à son utilisation dans la pratique? \*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Vous avez trouvé que le nombre de participants à ces séances de formation était : \*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Adéquat
- Trop grand
- Trop petit

Vous avez trouvé que le temps entre les deux séances de formation initiales était: \*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Adéquat
- Trop long
- Trop court

Avez-vous trouvé que l'accompagnement que vous avez reçu lors des premières utilisations de l'IED screener était suffisant? \*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
- Je n'ai pas reçu d'accompagnement

Aujourd'hui, vous sentez-vous à l'aise dans l'utilisation de l'IED screener? \*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Après environ combien d'utilisations de l'IED screener vous êtes-vous senti(e) à l'aise?

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Plutôt oui' ou 'Oui' à la question '5 [IAS]' ( Aujourd'hui, vous sentez-vous à l'aise dans l'utilisation de l'IED screener? )

① Votre réponse doit être au maximum 99

② Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

utilisations

Veillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs à l'adéquation entre la formation et l'utilisation de l'IED screener:

Veillez écrire votre réponse ici :

Avant le début du test, pensez-vous que l'introduction de l'IED screener apporterait une plus-value dans l'analyse de la demande? \*

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
- Sans opinion

Et aujourd'hui, pensez-vous que l'introduction de l'IED screener apporte une plus-value dans l'analyse de la demande? \*

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, pour la plupart des demandes
- Environ pour une demande sur deux
- Non, pour la plupart des demandes

En général, avez-vous trouvé qu'il était aisé de répondre aux questions de l'IED screener? \*

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, pour la plupart des demandes
- Environ pour une demande sur deux
- Non, pour la plupart des demandes

Quelle(s) question(s) en particulier vous posent parfois problème? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses) \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Environ pour une demande sur deux' ou 'Non, pour la plupart des demandes' à la question '10 [IA9]' (En général, avez-vous trouvé qu'il était aisé de répondre aux questions de l'IED screener? )

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Aucune en particulier
- « Avez-vous besoin de supervision ou d'aide quelconque pour prendre un bain ou une douche? »
- « Est- ce que quelqu'un vous aide à prendre les décisions courantes concernant les activités de la vie quotidienne ? »
- « Avez-vous besoin de supervision ou d'aide pour vous habiller ou vous déshabiller les membres inférieurs ? »
- « Avez-vous besoin de supervision ou d'aide pour vous déplacer sur le même étage ? »
- « Avez-vous besoin de supervision ou d'aide pour vous aider à gérer votre hygiène personnelle ? »
- « En général, comment évaluez-vous votre santé ? »
- « Avez-vous des problèmes qui rendent votre santé instable ? »
- « Avez-vous parfois le souffle court lors des activités de la vie quotidienne ? »
- A la famille ou aux amis : « En général, vous sentez-vous dépassés par la maladie ou les problèmes de santé de votre proche ? »
- « Lors des 3 derniers jours, vous êtes-vous senti triste, déprimé ou sans espoir ? »

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous trouvé que la question de l'IED screener «Avez-vous besoin de supervision ou d'aide quelconque pour prendre un bain ou une douche?» vous posait parfois problème ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était à la question '11 [IA9A]' (Quelle(s) question(s) en particulier vous posent parfois problème? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses) )

Veillez écrire votre réponse ici :

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous trouvé que la question de l'IED screener «Est- ce que quelqu'un vous aide à prendre les décisions courantes concernant les activités de la vie quotidienne?» vous posait parfois problème ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était à la question '11 [IA9A]' (Quelle(s) question(s) en particulier vous posent parfois problème? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses) )

Veillez écrire votre réponse ici :

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous trouvé que la question de l'IED screener «Avez-vous besoin de supervision ou d'aide pour vous habiller ou vous déshabiller les membres inférieurs?» vous posait parfois problème ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était à la question '11 [JA9A]' (Quelle(s) question(s) en particulier vous posent parfois problème? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses) )

Veillez écrire votre réponse ici :

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous trouvé que la question de l'IED screener «Avez-vous besoin de supervision ou d'aide pour vous déplacer sur le même étage?» vous posait parfois problème ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était à la question '11 [JA9A]' (Quelle(s) question(s) en particulier vous posent parfois problème? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses) )

Veillez écrire votre réponse ici :

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous trouvé que la question de l'IED screener «Avez-vous besoin de supervision ou d'aide pour vous aider à gérer votre hygiène personnelle?» vous posait parfois problème ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était à la question '11 [JA9A]' (Quelle(s) question(s) en particulier vous posent parfois problème? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses) )

Veillez écrire votre réponse ici :

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous trouvé que la question de l'IED screener «En général, comment évaluez-vous votre santé ? » vous posait parfois problème ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était à la question '11 [JA9A]' (Quelle(s) question(s) en particulier vous posent parfois problème? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses) )

Veillez écrire votre réponse ici :

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous trouvé que la question de l'IED screener «Avez-vous des problèmes qui rendent votre santé instable? » vous posait parfois problème ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était à la question '11 [JA9A]' (Quelle(s) question(s) en particulier vous posent parfois problème? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses) )

Veillez écrire votre réponse ici :

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous trouvé que la question de l'IED screener «Avez-vous parfois le souffle court lors les activités de la vie quotidienne? » vous posait parfois problème ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était à la question '11 [JA9A]' (Quelle(s) question(s) en particulier vous posent parfois problème? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses) )

Veillez écrire votre réponse ici :

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous trouvé que la question de l'IED screener «A famille ou aux amis: «En général, vous sentez-vous dépassés par la maladie ou les problèmes de santé de votre proche?» vous posait parfois problème ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était à la question '11 [JA9A]' (Quelle(s) question(s) en particulier vous posent parfois problème? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses) )

Veillez écrire votre réponse ici :

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous trouvé que la question de l'IED screener «Lors des 3 derniers jours, vous êtes-vous senti triste, déprimé ou sans espoir?» vous posait parfois problème ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était à la question '11 [JA9A]' (Quelle(s) question(s) en particulier vous posent parfois problème? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses) )

Veillez écrire votre réponse ici :

Chaque semaine, pour combien de demandes en moyenne utilisez-vous l'IED screener ?

\*

📌 Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

demandes

Depuis le début du test, vous est-il déjà arrivé de ne pas utiliser l'IED screener lors du traitement d'une demande pour laquelle les consignes précisait qu'il devait l'être ? \*

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

Veuillez indiquer la ou les raisons pour lesquelles il vous est arrivé de ne pas utiliser l'IED screener. (plusieurs réponses possibles) \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '23 [IA11]' ( Depuis le début du test, vous est-il déjà arrivé de ne pas utiliser l'IED screener lors du traitement d'une demande pour laquelle les consignes précisait qu'il devait l'être ? )

① Cochez la ou les réponses  
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Problème matériel  
 Oubli  
 Manque de temps  
 Gêné à aborder certains aspects avec certains clients  
 Autre, précisez::

Le score produit par l'IED screener vous paraît-il bien refléter le résultat global de votre analyse de la demande? \*

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, pour la plupart des demandes  
 Environ pour une demande sur deux  
 Non, pour la plupart des demandes  
 Sans opinion

Depuis le début du test, avez-vous fait appel au support métier coRAI? \*

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non  
 Je ne savais pas qu'il existait un support métier coRAI

Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas fait appel au support métier coRAI ? (plusieurs réponses possibles) \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '26 [IA13]' (Depuis le début du test, avez-vous fait appel au support métier coRAI? )

① Cochez la ou les réponses  
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Je n'ai pas rencontré de problème  
 J'ai fait appel à mon/ma chef(fe) d'équipe  
 J'ai fait appel à un(e) autre collègue  
 Autre, précisez::

Dans combien de cas environ avez-vous fait appel au support métier coRAI ? \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '26 [IA13]' (Depuis le début du test, avez-vous fait appel au support métier coRAI? )

① Votre réponse doit être au maximum 99  
① Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.  
Veuillez écrire votre réponse ici :

cas

Quel est votre degré de satisfaction concernant les aspects suivants liés au support métier coRAI? \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '26 [A13]' (Depuis le début du test, avez-vous fait appel au support métier coRAI? )

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Très satisfait-e	Plutôt satisfait-e	Plutôt insatisfait-e	Très insatisfait-e
Facilité d'accès à un interlocuteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compétences de l'interlocuteur pour répondre au problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temps de traitement de la requête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Résolution du problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veuillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs au support métier coRAI :

Veuillez écrire votre réponse ici :

Veuillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs au test coRAI :

Veuillez écrire votre réponse ici :

Merci pour votre participation!

12/11/2017 – 22:03

Envoyer votre questionnaire.  
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

## 8.2.2 Questionnaire (expérience) infirmières et infirmiers référent(e)s

### Questionnaire sur votre expérience pendant le test du projet coRAI - A l'attention des infirmières et infirmiers référent(e)s

Ce questionnaire a pour but de recueillir des informations concernant votre expérience pendant la période de test d'évaluation des clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7) avec l'outil interRAI Contact Assessment version pilote coRAI (iCAtest).

Ce questionnaire sera suivi de l'organisation d'un focus group avec certain(e)s d'entre vous, selon une sélection aléatoire. Ce focus group aura pour but d'explorer plus en détails les aspects positifs et négatifs de votre expérience, abordés succinctement dans ce questionnaire. Un espace est cependant prévu en fin de questionnaire permettant de vous exprimer plus longuement ou sur d'autres aspects qui vous semblent importants.

Les informations collectées seront traitées de manière totalement anonyme.

Le temps nécessaire pour répondre à ce questionnaire a été estimé à environ 10 à 20 minutes. Si vous deviez vous interrompre, vous pouvez cliquer sur le bouton "Finir plus tard".

Il y a 57 questions dans ce questionnaire.

Avez-vous trouvé que les séances de formation initiales à l'interRAI Contact Assessment version pilote coRAI (iCAtest) vous avaient bien préparé(e) à son utilisation dans la pratique ?

\*

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Vous avez trouvé que le nombre de participants à ces séances de formation initiales était :

\*

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Adéquat
- Trop grand
- Trop petit

Vous avez trouvé que le temps entre les séances de formation initiales était :

\*

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Adéquat
- Trop long
- Trop court

Avez-vous participé à l'atelier de consolidation de la pratique (en groupe, en septembre 2017)?

\*

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**Pourquoi n'avez-vous pas participé à l'atelier de consolidation de la pratique en groupe?**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '4 [IR2]' (Avez-vous participé à l'atelier de consolidation de la pratique (en groupe, en septembre 2017)?)

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Pour cause de vacances ou maladie

Car en rendez-vous chez un client

Autre, préciser:

**L'atelier de consolidation de la pratique en groupe vous a-t-il été utile pour la suite du test ?**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '4 [IR2]' (Avez-vous participé à l'atelier de consolidation de la pratique (en groupe, en septembre 2017)?)

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Plutôt oui

Plutôt non

Non

**Avez-vous bénéficié d'une séance d'accompagnement individuel de l'équipe de projet AVASAD ?**

\*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

**Pourquoi n'avez-vous pas bénéficié d'une séance d'accompagnement individuel de l'équipe de projet AVASAD?**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '7 [IR3]' (Avez-vous bénéficié d'une séance d'accompagnement individuel de l'équipe de projet AVASAD ? )

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Je n'en ai pas fait la demande

Ma demande n'a pas abouti

Je n'étais pas au courant de cette possibilité

**L'accompagnement individuel vous a-t-il été utile pour la suite du test?**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui' à la question '7 [IR3]' (Avez-vous bénéficié d'une séance d'accompagnement individuel de l'équipe de projet AVASAD ? )

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

**A votre avis, pourquoi l'accompagnement individuel ne vous a pas été utile pour la suite du test ?**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Plutôt non' ou 'Non' à la question '9 [IR3B]' (L'accompagnement individuel vous a-t-il été utile pour la suite du test? )

Veuillez écrire votre réponse ici :

**Aujourd'hui, vous sentez-vous à l'aise dans l'utilisation de l'iCAtest ?**

\*

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

**Après environ combien d'utilisations de l'iCAtest vous êtes-vous senti-e à l'aise?**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Plutôt oui' ou 'Oui' à la question '11 [IR4]' (Aujourd'hui, vous sentez-vous à l'aise dans l'utilisation de l'iCAtest ? )

① Votre réponse doit être au maximum 99

② Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

utilisations

**Veuillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs à l'adéquation entre la formation et l'utilisation de l'iCAtest :**

Veuillez écrire votre réponse ici :

**Avant le début du test**, pensez-vous que la mise en place d'une démarche systématique pour l'évaluation des clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7) apporterait une plus-value clinique?

\*

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
- Je n'avais pas d'opinion sur le sujet

Et **aujourd'hui**, pensez-vous que la mise en place d'une démarche systématique pour l'évaluation des clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7) apporte une plus-value clinique?

\*

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, pour la plupart des clients
- Environ pour un client sur deux
- Non, pour la plupart des clients

Le score de l'iED screener qui vous est transmis vous paraît-il bien refléter la situation des clients ?

\*

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, pour la plupart des clients
- Environ pour un client sur deux
- Non, pour la plupart des clients
- Sans opinion

Combien de minutes **au domicile du client** estimez-vous nécessaires pour la conduite d'une évaluation iCAtest?

\*

ⓘ Votre réponse doit être au maximum 999  
ⓘ Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.  
Veuillez écrire votre réponse ici :

minutes par client

Combien de minutes estimez-vous nécessaires **pour la documentation des dossiers et l'analyse** suivant une évaluation iCAtest?

\*

ⓘ Votre réponse doit être au maximum 999  
ⓘ Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.  
Veuillez écrire votre réponse ici :

minutes par dossier

Veillez indiquer si les évaluations iCAtest ont permis d'identifier chez les clients des éléments (ressources, besoins ou problèmes) qui ne l'auraient pas été sans cet outil, dans les domaines suivants :

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui, toujours	Oui, souvent	Parfois	Rarement	Non, jamais	Je ne sais pas
Domaine médical?	<input type="radio"/>					
Domaine fonctionnel?	<input type="radio"/>					
Domaine psychologique?	<input type="radio"/>					
Domaine social?	<input type="radio"/>					
Dans d'autres domaines?	<input type="radio"/>					

Dans la question précédente, vous avez indiqué que les évaluations iCAtest avaient permis de détecter (rarement, parfois, souvent ou toujours des éléments (ressources, besoins ou problèmes) qui ne l'auraient pas été sans cet outil, dans d'autres domaines. Merci de préciser le ou lesquels: \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Parfois' ou 'Oui, souvent' ou 'Oui, toujours' ou 'Rarement' à la question '19 [IR11]' (Veillez indiquer si les évaluations iCAtest ont permis d'identifier chez les clients des éléments (ressources, besoins ou problèmes) qui ne l'auraient pas été sans cet outil, dans les domaines suivants : (Dans d'autres domaines?))

Veillez écrire votre réponse ici :

L'introduction des évaluations iCAtest a-t-elle conduit à la mise en place de nouvelles prestations pour les clients ?

\*

① Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, toujours
- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Rarement
- Non, jamais
- Je ne sais pas

Outre l'éventuelle identification de nouvelles prestations, l'introduction des évaluations iCAtest a-t-elle conduit à modifier la façon dont les clients sont pris en charge ?

\*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, toujours
- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Rarement
- Non, jamais
- Je ne sais pas

Avez-vous déjà utilisé le résumé des résultats de l'iCAtest pour un partage de l'information avec: \*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non
<b>Le client?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>L'entourage du client?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vos collègues</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Le médecin traitant?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Une assurance?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Autre?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veuillez préciser avec quelle(s) autre(s) catégorie(s) de personnes vous avez déjà utilisé le résumé des résultats de l'iCAtest pour un partage de l'information : \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui' à la question '23 [IR132]' (Avez-vous déjà utilisé le résumé des résultats de l'iCAtest pour un partage de l'information avec: (Autre?))

Veuillez écrire votre réponse ici :

Avez-vous utilisé au moins une fois (hors formation) le manuel d'utilisation de l'iCA pour le codage?

\*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, le manuel papier seulement
- Oui, le manuel électronique (intégré au logiciel) seulement
- Oui, les deux manuels (papier et électronique)
- Non

**Vous référer au manuel d'utilisation de l'iCAtest vous a-t-il aidé pour le codage ?**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui, le manuel électronique (intégré au logiciel) seulement' ou 'Oui, les deux manuels (papier et électronique)' ou 'Oui, le manuel papier seulement' à la question '25 [IR14]' (Avez-vous utilisé au moins une fois (hors formation) le manuel d'utilisation de l'ICA pour le codage?)

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Plutôt oui  
 Plutôt non  
 Non

**Avez-vous utilisé au moins une fois (hors formation) le manuel des échelles et alarmes de l'iCAtest (manuel des outputs)? \***

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, le manuel papier seulement  
 Oui, le manuel électronique (intégré au logiciel) seulement  
 Oui, les deux manuels (papier et électronique)  
 Non

**Vous référer au manuel des échelles et alarmes de l'iCAtest (manuel des outputs) vous a-t-il été utile? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui, le manuel papier seulement' ou 'Oui, le manuel électronique (intégré au logiciel) seulement' ou 'Oui, les deux manuels (papier et électronique)' à la question '27 [ICA142]' (Avez-vous utilisé au moins une fois (hors formation) le manuel des échelles et alarmes de l'iCAtest (manuel des outputs)?)

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Plutôt oui  
 Plutôt non  
 Non

**Depuis le début du test, environ combien d'évaluations iCAtest avez-vous effectuées?**

\*

● Votre réponse doit être au maximum 999

● Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

évaluations

**Veillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs à votre expérience avec les évaluations iCAtest :**

Veillez écrire votre réponse ici :

**Avez-vous été confronté(e) à des clients qui refusaient l'évaluation iCAtest ?**

\*

➊ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, pour l'ensemble de l'outil
- Oui, pour quelques questions
- Oui, parfois pour l'ensemble de l'outil et parfois pour quelques questions
- Non

**Combien de fois environ avez-vous été confronté(e) à des clients qui refusaient l'évaluation iCAtest (entièrement ou en partie)?**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui, pour quelques questions' ou 'Oui, pour l'ensemble de l'outil' ou 'Oui, parfois pour l'ensemble de l'outil et parfois pour quelques questions' à la question '31 [IR17]' (Avez-vous été confronté(e) à des clients qui refusaient l'évaluation iCAtest ? )

- ➋ Votre réponse doit être au maximum 99
  - ➌ Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.
- Veuillez écrire votre réponse ici :

fois

**Quelles étaient les raisons de refus? (plusieurs réponses possibles)**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui, parfois pour l'ensemble de l'outil et parfois pour quelques questions' ou 'Oui, pour l'ensemble de l'outil' ou 'Oui, pour quelques questions' à la question '31 [IR17]' (Avez-vous été confronté(e) à des clients qui refusaient l'évaluation iCAtest ? )

➍ Cochez la ou les réponses  
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Client ne voyait pas l'intérêt car se trouvait en bonne santé
- Client trouvait cela trop intrusif
- Client ne comprenait pas le but de l'évaluation
- Client ne souhaitait pas y passer du temps
- Client s'inquiétait de devoir payer l'évaluation
- Troubles cognitifs ou psychiques du client

Autre, préciser:

**Veuillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs à l'expérience des clients avec l'évaluation iCAtest :**

Veuillez écrire votre réponse ici :

**Avant le début du test**, lorsque l'on vous a demandé en tant qu'infirmier(ère) référent(e) de conduire les évaluations iCAtest auprès des clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7), votre ressenti a été :

\*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très positif
- Plutôt positif
- Ni positif ni négatif
- Plutôt négatif
- Très négatif

Dans une situation où un(e) client(e) en demande d'aide pratique (non-OPAS7) a pour personne référente un(e) professionnel(le) non-infirmier(ère), vous pensez qu'il est préférable qu'une évaluation telle que l'iCAtest soit effectuée par :

\*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Sa personne référente (professionnel(le) non-infirmier(ère))
- Un infirmier ou une infirmière
- C'est égal
- Ca dépend, précisez:

**Veillez expliciter pour quelle(s) raison(s) vous pensez que le processus préférable serait celui que vous avez indiqué en réponse à la question précédente :**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Sa personne référente (professionnel(le) non-infirmier(ère))' ou 'Un infirmier ou une infirmière' à la question '38 [IR20]' (Dans une situation où un(e) client(e) en demande d'aide pratique (non-OPAS7) a pour personne référente un(e) professionnel(le) non-infirmier(ère), vous pensez qu'il est préférable qu'une évaluation telle que l'iCAtest soit effectuée par :)

Veillez écrire votre réponse ici :

**Au début du test**, l'intégration des évaluations iCAtest auprès des clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7) a-t-elle créé une surcharge dans votre travail ?

\*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

**Aujourd'hui, l'intégration des évaluations iCAtest auprès des clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7) crée-t-elle une surcharge dans votre travail ?**

\*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

**Veillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs à votre organisation, celle de votre équipe ou celle du CMS pendant cette phase de test :**

Veillez écrire votre réponse ici :

**Trouvez-vous l'organisation du logiciel pratique ?**

\*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

**Trouvez-vous utile que le manuel d'utilisation de l'iCAtest soit intégré dans le logiciel ?**

\*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
- Je ne savais pas qu'il y avait un manuel d'utilisation de l'iCAtest intégré dans le logiciel

**Trouvez-vous utile que le manuel sur les échelles et alarmes (manuel des outputs) de l'iCAtest soit intégré dans le logiciel ?**

\*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
- Je ne savais pas qu'un manuel sur les échelles et alarmes de l'iCAtest était intégré dans le logiciel

**Pouvoir adapter la présentation des résultats de l'iCAtest (résumé en format PDF) pour les communiquer à diverses personnes (par exemple: client, entourage du client, collègues, médecin traitant, assurance) serait pour vous: \***

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très important
- Plutôt important
- Plutôt pas important
- Pas du tout important
- Sans opinion

**Souhaitez-vous l'intégration d'une ou d'autres fonctionnalité(s) dans le logiciel ?**

\*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**Quelle(s) autre(s) fonctionnalité(s) souhaiteriez-vous voir intégrée(s) dans le logiciel?**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui' à la question '45 [IR29]' (Souhaitez-vous l'intégration d'une ou d'autres fonctionnalité(s) dans le logiciel ? )

Veuillez écrire votre réponse ici :

**Vous est-il arrivé de devoir utiliser le logiciel en mode offline (sans connexion à Internet) ?**

\*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

L'absence de connexion à Internet a-t-elle posé des difficultés de fonctionnement du logiciel ?

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '47 [IR30]' (Vous est-il arrivé de devoir utiliser le logiciel en mode offline (sans connexion à Internet) ? )

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, plusieurs fois
- Oui, une fois
- Non

Avez-vous rencontré un (ou des) problème(s) ou « bug(s) » informatique(s) lors de l'utilisation du logiciel (*ne pas inclure les problèmes de connexion à Internet*)?

\*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, plusieurs fois
- Oui, une fois
- Non

Quel(s) problème(s) informatique(s) avez-vous rencontré lors de l'utilisation du logiciel?

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui, une fois' ou 'Oui, plusieurs fois' à la question '49 [IR32]' (Avez-vous rencontré un (ou des) problème(s) ou « bug(s) » informatique(s) lors de l'utilisation du logiciel (ne pas inclure les problèmes de connexion à Internet)?) )

Veillez écrire votre réponse ici :

Veillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs au logiciel utilisé pour l'ICAtest:

Veillez écrire votre réponse ici :

Depuis le début du test, avez-vous fait appel au support métier coRAI?

\*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne savais pas qu'il existait un support métier coRAI

**Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas fait appel au support métier coRAI ? (plusieurs réponses possibles)**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '52 [IR34]' ( Depuis le début du test, avez-vous fait appel au support métier coRAI? )

☛ Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Je n'ai pas rencontré de problème  
 J'ai fait appel à ma/mon chef(fe) d'équipe  
 J'ai fait appel à un(e) autre collègue

Autre raison, précisez :

**Dans combien de cas environ avez-vous fait appel au support métier coRAI ?**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '52 [IR34]' ( Depuis le début du test, avez-vous fait appel au support métier coRAI? )

☛ Votre réponse doit être comprise entre 1 et 99

☛ Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

cas

**Quel est votre degré de satisfaction concernant les aspects suivants liés au support métier coRAI ?**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '52 [IR34]' ( Depuis le début du test, avez-vous fait appel au support métier coRAI? )

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Très satisfait-e	Plutôt satisfait-e	Plutôt Insatisfait-e	Très Insatisfait-e
Facilité d'accès à un interlocuteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compétences de l'interlocuteur pour répondre au problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temps de traitement de la requête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Résolution du problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Veillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs au support métier coRAI :**

Veillez écrire votre réponse ici :

### 8.2.3 Questionnaire (expérience) infirmières évaluatrices et infirmiers évaluateurs

Veuillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs au test coRAI :

Veuillez écrire votre réponse ici :

Merci pour votre participation!

12/11/2017 – 22:07

Envoyer votre questionnaire.  
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

## Questionnaire sur votre expérience pendant le test du projet coRAI - A l'attention des infirmières évaluatrices et infirmiers évaluateurs

Ce questionnaire a pour but de recueillir des informations concernant votre expérience pendant la période de test des nouveaux outils interRAI Emergency Department (IED) screener et Contact Assessment version pilote coRAI (iCAtest).

Ce questionnaire sera suivi de l'organisation d'un focus group avec certain(e)s d'entre vous, selon une sélection aléatoire. Ce focus group aura pour but d'explorer plus en détails les aspects positifs et négatifs de votre expérience, abordés succinctement dans ce questionnaire. Un espace est cependant prévu en fin de questionnaire permettant de vous exprimer plus longuement ou sur d'autres aspects qui vous semblent importants.

Les informations collectées par questionnaire et durant le focus group seront traitées de manière totalement anonyme.

Le temps nécessaire pour répondre à ce questionnaire a été estimé à environ 20 minutes. Si vous deviez vous interrompre, vous pouvez cliquer sur le bouton "Finir plus tard".

Il y a 58 questions dans ce questionnaire.

Vous avez trouvé que le nombre de participants aux séances de formation initiales était:

\*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Adéquat
- Trop grand
- Trop petit

Avez-vous trouvé que les séances de formation initiales vous avaient bien préparé(e) à l'utilisation de l'IED screener dans la pratique?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Aujourd'hui, vous sentez-vous à l'aise dans l'utilisation de l'IED screener?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Après environ combien d'utilisations de l'IED screener vous êtes-vous senti(e) à l'aise?

\*

Veillez écrire votre réponse ici :

utilisations

Avez-vous trouvé que les séances de formation initiales vous avaient bien préparé(e) à l'utilisation de l'interRAI Contact Assessment version pilote coRAI (iCAtest) dans la pratique ?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Avez-vous participé à l'atelier de consolidation de la pratique (en groupe, en septembre 2017)?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Pourquoi n'avez-vous pas participé à l'atelier de consolidation de la pratique en groupe?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pour cause de vacances ou maladie
- Car en rendez-vous chez un client

Autre, préciser:

L'atelier de consolidation de la pratique en groupe vous a-t-il été utile pour la suite du test ?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Avez-vous bénéficié d'une séance d'accompagnement individuel de l'équipe de projet AVASAD ?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Pourquoi n'avez-vous pas bénéficié d'une séance d'accompagnement individuel de l'équipe de projet AVASAD?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Je n'en ai pas fait la demande
- Ma demande n'a pas abouti
- Je n'étais pas au courant de cette possibilité

L'accompagnement individuel vous a-t-il été utile pour la suite du test?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

A votre avis, pourquoi l'accompagnement individuel ne vous a pas été utile pour la suite du test ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Aujourd'hui, vous sentez-vous à l'aise dans l'utilisation de l'iCAtest ?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Après environ combien d'utilisations de l'iCAtest vous êtes-vous senti(e) à l'aise?

\*

Veillez écrire votre réponse ici :

utilisations

Veillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs à l'adéquation entre formation et pratique s'agissant de l'IED screener et/ou de l'iCAtest (merci de préciser à quel(s) outil(s) se rapportent vos commentaires) :

Veillez écrire votre réponse ici :

Avant le début du test, pensiez-vous qu'utiliser l'iCAtest au lieu du RAI-HC<sub>Suisse</sub> pour l'évaluation de certains clients en demande de prestations OPAS7 était une démarche cliniquement pertinente?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
- Sans opinion

Et aujourd'hui, pensez-vous qu'utiliser l'iCAtest au lieu du RAI-HC<sub>Suisse</sub> pour l'évaluation de certains clients en demande de prestations OPAS7 est cliniquement pertinent?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, pour la plupart des clients
- Environ pour un client sur deux
- Non, pour la plupart des clients

Lorsque vous avez utilisé l'iCAtest au lieu du RAI\_HC<sub>Suisse</sub> pour l'évaluation de clients en demande de prestations OPAS7, cela a-t-il empêché l'identification de certains besoins?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, toujours
- Oui, souvent
- Parfois
- Rarement
- Non, jamais
- Je ne sais pas

Vous avez indiqué que l'utilisation de l'iCAtest au lieu du RAI-HC<sub>Suisse</sub> avait empêché l'identification de certains besoins (toujours, souvent, parfois ou rarement). Merci de préciser dans quel(s) type(s) de situation vous avez fait ce constat:

Veillez écrire votre réponse ici :

A votre avis, l'utilisation de l'iCAtest au lieu du RAI\_HC<sub>Suisse</sub> pour l'évaluation de certains clients en demande de prestations OPAS7 pourrait-elle conduire à une réduction du nombre de refus des clients pour une évaluation?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Plutôt oui  
 Plutôt non  
 Non

Combien de minutes au domicile du client estimez-vous nécessaires pour la conduite d'une évaluation iCAtest?

\*

Veillez écrire votre réponse ici :

minutes par client

Combien de minutes estimez-vous nécessaires pour la documentation des dossiers et l'analyse suivant une évaluation iCAtest?

\*

Veillez écrire votre réponse ici :

minutes par dossier

Avez-vous déjà utilisé le résumé des résultats de l'iCAtest pour un partage de l'information avec:

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non
<b>Le client?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>L'entourage du client?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vos collègues?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Le médecin traitant?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Une assurance?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Autre?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veillez préciser avec quelle(s) autre(s) catégorie(s) de personnes vous avez déjà utilisé le résumé des résultats de l'iCAtest pour un partage de l'information : \*

Veillez écrire votre réponse ici :

Avez-vous utilisé au moins une fois (hors formation) le manuel d'utilisation de l'ICAtest pour le codage?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, le manuel papier seulement
- Oui, le manuel électronique (intégré au logiciel) seulement
- Oui, les deux manuels (papier et électronique)
- Non

Vous référer au manuel d'utilisation de l'ICAtest vous a-t-il aidé pour le codage?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Avez-vous utilisé au moins une fois (hors formation) le manuel des échelles et alarmes de l'ICAtest (manuel des outputs)?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, le manuel papier seulement
- Oui, le manuel électronique (intégré au logiciel) seulement
- Oui, les deux manuels (papier et électronique)
- Non

Vous référer au manuel des échelles et alarmes de l'ICAtest (manuel des outputs) vous a-t-il été utile?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Depuis le début du test, environ combien d'évaluations iCAtest avez-vous effectuées:

\*

Veillez écrire votre réponse ici :

évaluations

Veillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs à votre expérience avec les évaluations iCAtest:

Veillez écrire votre réponse ici :

**Avez-vous été confronté(e) à des clients qui refusaient l'évaluation iCAtest ?**

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, pour l'ensemble de l'outil
- Oui, pour quelques questions
- Oui, parfois pour l'ensemble de l'outil et parfois pour quelques questions
- Non

**Combien de fois environ avez-vous été confronté(e) à des clients qui refusaient l'évaluation iCAtest (entièrement ou en partie)?**

\*

Veillez écrire votre réponse ici :

fois

**Quelles étaient les raisons de refus? (*plusieurs réponses possibles*)**

\*

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Client ne voyait pas l'intérêt car se trouvait en bonne santé
- Client trouvait cela trop intrusif
- Client ne comprenait pas le but de l'évaluation
- Client ne souhaitait pas y passer du temps
- Client s'inquiétait de devoir payer l'évaluation
- Troubles cognitifs ou psychiques du client

Autre, précisez:

**Veillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs à l'expérience des clients avec l'évaluation iCAtest :**

Veillez écrire votre réponse ici :

**Trouvez-vous l'organisation du logiciel pratique ?**

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

**Trouvez-vous utile que le manuel d'utilisation de l'iCAtest soit intégré dans le logiciel ?**

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
- Je ne savais pas qu'il y avait un manuel d'utilisation de l'iCAtest intégré dans le logiciel

Trouvez-vous utile que le manuel sur les échelles et alarmes (manuel des outputs) de l'iCAtest soit intégré dans le logiciel ?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
- Je ne savais pas qu'un manuel sur les échelles et alarmes de l'iCAtest était intégré dans le logiciel

Pouvoir adapter la présentation des résultats de l'iCAtest (résumé en format PDF) pour les communiquer à diverses personnes (par exemple: client, entourage du client, collègues, médecin traitant, assurance) serait pour vous: \*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très important
- Plutôt important
- Plutôt pas important
- Pas du tout important
- Sans opinion

Souhaiteriez-vous l'intégration d'une ou d'autres fonctionnalité(s) dans le logiciel ?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Quelle(s) autre(s) fonctionnalité(s) souhaiteriez-vous voir intégrée(s) dans le logiciel?

\*

Veillez écrire votre réponse ici :

Vous est-il arrivé de devoir utiliser le logiciel en mode offline (sans connexion à Internet) ?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

L'absence de connexion à Internet a-t-elle posé des difficultés de fonctionnement du logiciel ?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, plusieurs fois
- Oui, une fois
- Non

Avez-vous rencontré un (ou des) problème(s) ou « bug(s) » informatique(s) lors de l'utilisation du logiciel (*ne pas inclure les problèmes de connexion à Internet*)?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, plusieurs fois
- Oui, une fois
- Non

Quel(s) problème(s) informatique(s) avez-vous rencontré lors de l'utilisation du logiciel?

\*

Veillez écrire votre réponse ici :

Veillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs au logiciel utilisé pour l'ICAtest:

Veillez écrire votre réponse ici :

En général, avez-vous trouvé qu'il était aisé de commencer les réévaluations avec l'utilisation de l'IED screener?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, pour la plupart des réévaluations
- Oui, environ une fois sur deux
- Non, pour la plupart des réévaluations

Le score produit par l'IED screener vous paraît-il bien refléter la situation des clients?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, pour la plupart des clients
- Environ pour un client sur deux
- Non, pour la plupart des clients
- Sans opinion

Depuis le début du test, vous est-il déjà arrivé de ne pas utiliser l'IED screener lors d'une réévaluation?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Veillez indiquer la ou les raisons pour lesquelles il vous est arrivé de ne pas utiliser l'IED screener lors d'une réévaluation: *(plusieurs réponses possibles)*

\*

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Problème matériel
- Oubli
- Manque de temps
- Gêne à aborder certains aspects avec certains clients
- Autre, précisez:

Aujourd'hui, en moyenne, vous diriez que l'administration de l'IED screener vous prend:

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 30 secondes
- Entre 30 et 60 secondes
- Entre 1 et 2 minutes
- Entre 2 et 5 minutes
- Plus de 5 minutes

Veillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs à votre expérience de l'utilisation de l'IED screener:

Veillez écrire votre réponse ici :

Depuis le début du test, avez-vous fait appel au support métier coRAI?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne savais pas qu'il existait un support métier coRAI

Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas fait appel au support métier coRAI ? *(plusieurs réponses possibles)*

\*

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Je n'ai pas rencontré de problème
- J'ai fait appel à ma/mon chef(fe) d'équipe
- J'ai fait appel à un(e) autre collègue
- Autre raison, précisez:

Dans combien de cas environ avez-vous fait appel au support métier coRAI ?

\*

Veillez écrire votre réponse ici :

cas

Quel est votre degré de satisfaction concernant les aspects suivants liés au support métier coRAI ?

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Très satisfait-e	Plutôt satisfait-e	Plutôt insatisfait-e	Très insatisfait-e
Facilité d'accès à un interlocuteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compétences de l'interlocuteur pour répondre au problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temps de traitement de la requête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Résolution du problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veuillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs au support métier coRAI :

Veuillez écrire votre réponse ici :

Veuillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs au test coRAI :

Veuillez écrire votre réponse ici :

Merci pour votre participation!

12/11/2017 – 22:10

Envoyer votre questionnaire.  
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

## 8.2.4 Questionnaire (expérience) ergothérapeutes, diététiciens et diététiciennes, assistantes sociales et assistants sociaux

### Questionnaire sur votre expérience pendant le test du projet coRAI - A l'attention des ergothérapeutes, diététiciens et diététiciennes, assistantes sociales et assistants sociaux

Ce questionnaire a pour but de recueillir des informations concernant votre expérience pendant la période de test du projet coRAI dans quelques CMS vaudois. Celui-ci a démarré en février 2017 par l'introduction d'un outil d'aide à l'analyse de la demande, l'IED screener, utilisé par les infirmiers et infirmières analystes pour les nouveaux clients. Depuis juin 2017, selon le type de prestations et le score produit par l'IED screener, les clients sont évalués soit par le RAI-HC<sup>Suisse</sup> soit par un nouvel outil plus court, l'ICAtest (InterRAI Contact Assessment version pilote coRAI). Les réévaluations des clients se font également avec l'un des deux outils selon leur situation.

Les informations collectées par ce questionnaire seront traitées de manière totalement anonyme. Le temps nécessaire pour y répondre a été estimé à environ 10 minutes. Si vous deviez vous interrompre, vous pouvez cliquer sur le bouton "Finir plus tard".

Il y a 29 questions dans ce questionnaire.

Avant le début du test, pensiez-vous que la mise en place d'une démarche systématique pour l'évaluation des clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7) apporterait une plus-value clinique?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
- Je ne savais pas qu'un test était planifié
- Je n'avais pas d'opinion sur le sujet

Pour quelle(s) raison(s) pensiez-vous que la mise en place d'une démarche systématique d'évaluation pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7) apporterait une plus-value clinique?

Veillez écrire votre réponse ici :

Pour quelle(s) raison(s) pensiez-vous que la mise en place d'une démarche systématique d'évaluation pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7) n'apporterait pas de plus-value clinique?

Veillez écrire votre réponse ici :

Et aujourd'hui, pensez-vous qu'une démarche systématique d'évaluation pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7) apporte une plus-value clinique ?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, pour la plupart des clients
- Environ pour un client sur deux
- Non, pour la plupart des clients
- Je ne savais pas qu'un tel test était en cours
- Sans opinion

**Aujourd'hui**, pour quelle(s) raison(s) pensez-vous qu'une démarche systématique d'évaluation pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7) apporte une plus-value clinique?

Veillez écrire votre réponse ici :

**Aujourd'hui**, pour quelle(s) raison(s) pensez-vous qu'une démarche systématique d'évaluation pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7) n'apporte pas de plus-value clinique?

Veillez écrire votre réponse ici :

Au mois de mai 2017, étiez-vous la personne référente d'un ou plusieurs clients?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

**Avant le début du test**, comment aviez-vous accueilli le fait que ces évaluations globales des clients dont vous êtes le/la référent(e) ne vous soient pas confiées?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Positivement  
 Plutôt positivement  
 Ni positivement ni négativement  
 Plutôt négativement  
 Négativement  
 Je ne savais pas qu'un tel test était planifié

Pour quelle(s) raison(s) aviez-vous positivement/plutôt positivement accueilli le fait que ces évaluations globales pour les clients dont vous êtes le/la référent(e) ne vous soient pas confiées?

Veillez écrire votre réponse ici :

Pour quelle(s) raison(s) aviez-vous négativement/plutôt négativement accueilli le fait que ces évaluations globales pour les clients dont vous êtes le/la référent(e) ne vous soient pas confiées?

Veillez écrire votre réponse ici :

**Aujourd'hui**, êtes-vous la personne référente d'un ou plusieurs clients?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

**Aujourd'hui**, comment percevez-vous le fait que ces évaluations globales pour les clients dont vous êtes le/la référent(e) ne vous soient pas confiées?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Positivement  
 Plutôt positivement  
 Ni positivement ni négativement  
 Plutôt négativement  
 Négativement

**Aujourd'hui**, pour quelle(s) raison(s) percevez-vous positivement/plutôt positivement le fait que ces évaluations globales pour les clients dont vous êtes le/la référent(e) ne vous soient pas confiées?

Veillez écrire votre réponse ici :

**Aujourd'hui**, pour quelle(s) raison(s) percevez-vous négativement/plutôt négativement le fait que ces évaluations globales pour les clients dont vous êtes le/la référent(e) ne vous soient pas confiées?

Veillez écrire votre réponse ici :

Si on vous fournissait la formation nécessaire, pourriez-vous envisager de réaliser ces évaluations globales pour les clients dont vous êtes le/la référent(e)?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Plutôt oui  
 Plutôt non  
 Non

Pourquoi n'envisageriez-vous pas de réaliser ces évaluations globales pour les clients dont vous êtes le/la référent(e)?

Veillez écrire votre réponse ici :

Avez-vous eu un retour oral sur les résultats de ces évaluations globales pour les clients dont vous vous occupez?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

Les résultats de ces évaluations sont à disposition dans Medlink sous forme d'un résumé en format PDF. Avez-vous consulté les résultats depuis Medlink pour les clients dont vous vous occupez?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non  
 Je ne savais pas que ces résultats étaient à disposition dans Medlink

Les résultats de ces évaluations constituent-ils une plus-value pour votre travail?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Plutôt oui  
 Plutôt non  
 Non

Quelles sont les informations générées par ces évaluations qui vous sont le plus utiles?

Veillez écrire votre réponse ici :

Pour quelle(s) raison(s) les résultats de ces évaluations ne constituent pas ou plutôt pas une plus-value pour votre travail?

Veillez écrire votre réponse ici :

**Avant le début du test**, pensiez-vous qu'utiliser l'ICAtest (InterRAI Contact Assessment version pilote coRAI) au lieu du RAI-HC<sub>Suisse</sub> pour les évaluations de certains clients avec demande de prestations OPAS7 était une démarche cliniquement pertinente?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Plutôt oui  
 Plutôt non  
 Non  
 Je ne savais pas qu'un test était planifié  
 Je n'avais pas d'opinion sur le sujet

**Avant le début du test**, pour quelle(s) raison(s) pensiez-vous qu'utiliser l'iCAtest au lieu du RAI-HC<sub>Suisse</sub> pour les évaluations de certains clients avec demande de prestations OPAS7 était une démarche cliniquement pertinente?

Veillez écrire votre réponse ici :

**Avant le début du test**, pour quelle(s) raison(s) pensiez-vous qu'utiliser l'iCAtest au lieu du RAI-HC<sub>Suisse</sub> pour les évaluations de certains clients avec demande de prestations OPAS7 n'était pas une démarche cliniquement pertinente?

Veillez écrire votre réponse ici :

**Et aujourd'hui**, pensez-vous qu'utiliser l'iCAtest au lieu du RAI-HC<sub>Suisse</sub> pour les évaluations de certains clients avec demande de prestations OPAS7 est une démarche cliniquement pertinente?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, pour la plupart des clients
- Environ pour un client sur deux
- Non, pour la plupart des clients
- Je ne savais pas qu'un tel test était en cours
- Sans opinion

**Aujourd'hui**, pour quelle(s) raison(s) pensez-vous qu'utiliser l'iCAtest au lieu du RAI-HC<sub>Suisse</sub> pour les évaluations de certains clients avec demande de prestations OPAS7 est une démarche cliniquement pertinente?

Veillez écrire votre réponse ici :

**Aujourd'hui**, pour quelle(s) raison(s) pensez-vous qu'utiliser l'iCAtest au lieu du RAI-HC<sub>Suisse</sub> pour les évaluations de certains clients avec demande de prestations OPAS7 n'est pas une démarche cliniquement pertinente?

Veillez écrire votre réponse ici :

Quelle est votre fonction?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Ergothérapeute
- Diététicien(ne)
- Assistant(e) social(e)

### 8.2.5 Questionnaire (contenu) infirmières et infirmiers référent(e)s

Veuillez noter ici tout autre commentaire ou suggestion relatifs au test coRAI:  
Veuillez écrire votre réponse ici :

12/11/2017 – 22:08

Envoyer votre questionnaire.  
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

## Questionnaire sur le contenu de l'interRAI Contact Assessment version pilote (iCAtest) - A l'attention des infirmières et infirmiers référent(e)s

Ce questionnaire a pour but de recueillir votre avis concernant l'outil interRAI Contact Assessment version pilote (iCAtest) testé au cours du projet coRAI. Il se décline en deux parties; la première concerne les items et options de réponse de l'iCAtest, la seconde, le contenu de ses résultats.

Les informations collectées seront traitées de manière totalement anonyme. Le temps nécessaire pour répondre à ce questionnaire a été estimé à environ 25 à 30 minutes. Si vous deviez vous interrompre, vous pouvez cliquer sur le bouton "Finir plus tard".

Il y a 128 questions dans ce questionnaire.

### DEMANDE ET ANTECEDENTS

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous parait aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7), c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7)?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente 0	1	2	Présence de l'item très pertinente 3
Type de résidence ou hébergement durant l'évaluation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conditions de vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Séjour à l'hôpital, aux urgences, visites médicales	<input type="radio"/>					
Consultation aux urgences	<input type="radio"/>					
Chirurgie au cours des 90 derniers jours	<input type="radio"/>					
Temps écoulé depuis la dernière hospitalisation	<input type="radio"/>					
Traitements (oxygénothérapie, soins de plaie, thérapie intraveineuse, cathéter intravésical)	<input type="radio"/>					

*Ci-dessous sont présentées des questions-types qui apparaissent systématiquement en cas de réponses négatives dans le tableau ci-dessus et les tableaux suivants. Mis à part les références aux différents items des tableaux, elles sont identiques et ne sont pas présentées dans cette annexe, par souci de gain de place.*

Vous avez indiqué que le codage de l'item de l'iCAtest "Type de résidence ou hébergement au moment de l'évaluation" n'était pas aisé. Merci d'indiquer la ou les raisons de cette difficulté selon vous (plusieurs réponses possibles):

\*

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- La formulation de l'item n'est pas claire
- La formulation des options de codage n'est pas claire
- Les indications du manuel d'utilisation ne sont pas claires
- Il n'y a pas d'option de codage qui corresponde à la situation du client
- Autre, précisez::

Vous avez indiqué que la présence de l'item de l'iCAtest "Type de résidence ou hébergement au moment de l'évaluation" n'était pas ou était peu pertinente d'un point de vue clinique. Merci d'indiquer pour quelle(s) raison(s):

Veillez écrire votre réponse ici :

### COMMUNICATION ET VISION

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7), c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7)?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente 0	1	2	Présence de l'item très pertinent 3
Audition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacité à comprendre les autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se faire comprendre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

➤ **COGNITION**

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7), c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

<b>Changement de facultés cognitives pour les décisions courantes par rapport à il y a 90 jours</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Démence</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7)?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente 0	1	2	Présence de l'item très pertinente 3
<b>Mémoire et capacité de rappel</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Facultés cognitives pour les décisions courantes</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ETAT FONCTIONNEL AVQ

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous parait aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7), c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7)?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente			Présence de l'item très pertinent
			0	1	2	3
Performance dans les AVQ (activités de la vie quotidienne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Changement de performance des AVQ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Principal mode de déplacement à l'intérieur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### BIEN ETRE PSYCHOSOCIAL, HUMEUR ET COMPORTEMENT

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous parait aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7), c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

†

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7)?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente			Présence de l'item très pertinent
			0	1	2	3
Interactions sociales réduites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relations sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solitude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Événement stressant au cours des 90 derniers jours	<input type="radio"/>						
Humeur auto-déclarée	<input type="radio"/>						
Symptômes comportementaux	<input type="radio"/>						

### ETAT DE SANTE

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.

- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7), c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7)?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente 0	1	2	Présence de l'item très pertinente 3
Auto-évaluation de la santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lésion post-traumatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instabilité des problèmes de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fatigue	<input type="radio"/>						
Douleur	<input type="radio"/>						
Fréquences des problèmes de santé	<input type="radio"/>						
Chutes	<input type="radio"/>						
Dyspnée	<input type="radio"/>						
Tabac	<input type="radio"/>						

### ETAT DE PEAU

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7), c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7)?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente 0	1	2	Présence de l'item très pertinente 3
Problèmes cutanés majeurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Présence d'escarre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ETAT NUTRITIONNEL/BUCCO-DENTAIRE

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7), c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7)?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente		Présence de l'item très pertinente	
			0	1	2	3
Etat nutritionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etat bucco-dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ETAT FONCTIONNEL AIVQ

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7), c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7)?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente		Présence de l'item très pertinente	
			0	1	2	3
Capacité pour les activités instrumentales de la vie quotidienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ENVIRONNEMENT

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7), c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7)?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente			Présence de l'item très pertinente
			0	1	2	3
Logement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés financières	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SOUTIENS SOCIAUX

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7), c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7)?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente			Présence de l'item très pertinente
			0	1	2	3
Deux aidants informels principaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situation des aidants informels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EVALUATION DES INDICATEURS, ECHELLES ET ALARMES (CAPS) DE L'OUTPUT CLINIQUE DE L'iCAtest

Veillez évaluer la pertinence clinique de la présence de chaque alarme, échelle ou indicateur dans les résultats de l'iCAtest, c'est-à-dire pour la prise en charge du client au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de cet élément dans les résultats de l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Présence de l'élément non pertinente 0	1	2	Présence de l'élément très pertinente 3
Indicateur d'autonomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicateur de l'urgence de service au client	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicateur du potentiel de réhabilitation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alarme de risque d'hospitalisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echelle de communication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indice de sévérité des atteintes sensorielles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echelle de performance cognitive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echelle de symptôme de la dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alarme de communication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Présence de l'élément non pertinente 0	1	2	Présence de l'élément très pertinente 3
Echelle de douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alarme de douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alarme de chutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echelle hiérarchique AVQ (Activités de la vie quotidienne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echelle hiérarchique AIVQ (Activités instrumentales de la vie quotidienne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echelle de fonctionnement dans le AVQ et les AIVQ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Ci-dessous est présentée une question-type qui apparaît systématiquement en cas de réponse négative dans le tableau ci-dessus. Mis à part les références aux différents items du tableau, les questions suivantes sont identiques et ne sont pas présentées dans cette annexe, par souci de gain de place.*

Vous avez indiqué que la présence de l'indicateur d'autonomie dans les résultats de l'iCAtest n'était pas ou était peu pertinente d'un point de vue clinique. Merci d'indiquer pour quelle(s) raison(s):

Veuillez écrire votre réponse ici :

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

## 8.2.6 Questionnaire (contenu) infirmières évaluatrices et infirmiers évaluateurs

### Questionnaire sur le contenu de l'interRAI Contact Assessment version pilote (iCAtest) - A l'attention des infirmières évaluatrices et infirmiers évaluateurs

Ce questionnaire a pour but de recueillir votre avis concernant l'outil interRAI Contact Assessment version pilote (iCAtest) testé au cours du projet coRAI. Il se décline en deux parties; la première concerne les items et options de réponse de l'iCAtest, la seconde, le contenu de ses résultats.

Les informations collectées seront traitées de manière totalement anonyme. Le temps nécessaire pour répondre à ce questionnaire a été estimé à environ 25 à 30 minutes. Si vous deviez vous interrompre, vous pouvez cliquer sur le bouton "Finir plus tard".

Il y a 128 questions dans ce questionnaire.

### DEMANDE ET ANTECEDENTS

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest, c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente 0	1	2	Présence de l'item très pertinente 3
Type de résidence ou hébergement durant l'évaluation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conditions de vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente 0	1	2	Présence de l'item très pertinente 3
Séjour à l'hôpital, aux urgences, visites médicales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation aux urgences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgie au cours des 90 derniers jours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temps écoulé depuis la dernière hospitalisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traitements (oxygénothérapie, soins de plaie, thérapie intraveineuse, cathéter intravésical)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Ci-dessous sont présentées des questions-types qui apparaissent systématiquement en cas de réponses négatives dans le tableau ci-dessus et les tableaux suivants. Mis à part les références aux différents items des tableaux, elles sont identiques et ne sont pas présentées dans cette annexe, par souci de gain de place.*

Vous avez indiqué que le codage de l'item de l'iCAtest "Type de résidence ou hébergement au moment de l'évaluation" n'était pas aisé. Merci d'indiquer la ou les raisons de cette difficulté selon vous (plusieurs réponses possibles): \*

- La formulation de l'item n'est pas claire
- La formulation des options de codage n'est pas claire
- Les indications du manuel d'utilisation ne sont pas claires
- Il n'y a pas d'option de codage qui corresponde à la situation du client
- Autre, préciser:

Vous avez indiqué que la présence de l'item de l'iCAtest "Type de résidence ou hébergement au moment de l'évaluation" n'était pas ou était peu pertinente d'un point de vue clinique. Merci d'indiquer pour quelle(s) raison(s):

Veuillez écrire votre réponse ici :

### COMMUNICATION ET VISION

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest, c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente 0	1	2	Présence de l'item très pertinente 3
Audition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacité à comprendre les autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se faire comprendre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## COGNITION

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest, c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente			Présence de l'item très pertinente
			0	1	2	3
Mémoire et capacité de rappel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facultés cognitives pour les décisions courantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente			Présence de l'item très pertinente
			0	1	2	3
Changement de facultés cognitives pour les décisions courantes par rapport à il y a 90 jours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Démence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ÉTAT FONCTIONNEL AVQ

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest, c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente 0	1	2	Présence de l'item très pertinent 3
Performance dans les AVQ (activités de la vie quotidienne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Changement de performance des AVQ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente 0	1	2	Présence de l'item très pertinent 3
Principal mode de déplacement à l'intérieur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**BIEN ETRE PSYCHOSOCIAL, HUMEUR ET  
COMPORTEMENT**

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest, c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente			Présence de l'item très pertinente
			0	1	2	3
Interactions sociales réduites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relations sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solitude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente			Présence de l'item très pertinente
			0	1	2	3
Événement stressant au cours des 90 derniers jours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humeur auto-déclarée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Symptômes comportementaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ETAT DE SANTE

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest, c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente 0	1	2	Présence de l'item très pertinente 3
Auto-évaluation de la santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lésion post-traumatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instabilité des problèmes de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatigue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente 0	1	2	Présence de l'item très pertinente 3
Douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fréquences des problèmes de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dyspnée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ETAT DE PEAU

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest, c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente			Présence de l'item très pertinente
			0	1	2	3
Problèmes cutanés majeurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Présence d'escarre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ETAT NUTRITIONNEL/BUCCO-DENTAIRE

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest, c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente			Présence de l'item très pertinente
			0	1	2	3
Etat nutritionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etat bucco-dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ETAT FONCTIONNEL AIVQ

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest, c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente		Présence de l'item très pertinente	
			0	1	2	3
Capacité pour les activités instrumentales de la vie quotidienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ENVIRONNEMENT

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous paraît aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest, c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente		Présence de l'item très pertinente	
			0	1	2	3
Logement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés financières	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SOUTIENS SOCIAUX

Pour chaque ligne, correspondant à un item de l'iCAtest, veuillez :

- A. Indiquer si le codage de l'item vous parait aisé.
- B. Evaluer la pertinence clinique de la présence de cet item dans l'iCAtest, c'est-à-dire pour la prise en charge au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de l'item dans l'iCAtest.

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	A. Le codage est-il aisé?		B. La présence de cet item dans l'iCAtest est-elle cliniquement pertinente?			
	Oui	Non	Présence de l'item non pertinente			Présence de l'item très pertinente
			0	1	2	3
Deux aidants informels principaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situation des aidants informels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## EVALUATION DES INDICATEURS, ECHELLES ET ALARMES (CAPS) DE L'OUTPUT CLINIQUE DE L'ICATEST

Veuillez évaluer la pertinence clinique de la présence de chaque alarme, échelle ou indicateur dans les résultats de l'iCAtest, c'est-à-dire pour la prise en charge du client au sens large (incluant non seulement les interventions à proposer, mais aussi par exemple la manière de communiquer avec le client). Veuillez estimer le degré de pertinence clinique sur une échelle de 0 à 3: 0 indiquant l'absence de pertinence et 3 un fort degré de pertinence de la présence de cet élément dans les résultats de l'iCAtest. \*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Présence de l'élément non pertinente 0	1	2	Présence de l'élément très pertinente 3
Indicateur d'autonomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicateur de l'urgence de service au client	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicateur du potentiel de réhabilitation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alarme de risque d'hospitalisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echelle de communication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indice de sévérité des atteintes sensorielles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echelle de performance cognitive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echelle de symptôme de la dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alarme de communication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echelle de douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Présence de l'élément non pertinente 0	1	2	Présence de l'élément très pertinente 3
Alarme de douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alarme de chutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echelle hiérarchique AVQ (Activités de la vie quotidienne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echelle hiérarchique AIVQ (Activités instrumentales de la vie quotidienne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echelle de fonctionnement dans le AVQ et les AIVQ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vous avez indiqué que la présence de l'indicateur d'autonomie dans les résultats de l'iCAtest n'était pas ou était peu pertinente d'un point de vue clinique. Merci d'indiquer pour quelle(s) raison(s):

Veuillez écrire votre réponse ici :

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

*Ci-dessous est présentée une question-type qui apparaît systématiquement en cas de réponse négative dans le tableau ci-dessus. Mis à part les références aux différents items du tableau, les questions suivantes sont identiques et ne sont pas présentées dans cette annexe, par souci de gain de place.*

## 8.3 Grilles d'entretiens

### 8.3.1 Grille pour l'entretien avec les responsables de projet de l'AVASAD (13 novembre 2017)

Thèmes	Questions	Précisions si sujet pas abordé spontanément
<b>Contexte général – avis général sur le pilote</b>	<p>Quelles étaient vos attentes par rapport à ce pilote ?</p> <p>Et aujourd'hui, quel est votre avis sur le pilote et son déroulement ?</p>	<p>Quelles étaient vos craintes par rapport à ce pilote ?</p> <p>S'assurer que tous les types de professionnels sont couverts dans la discussion.</p>
<b>L'iCAtest</b>	Que pensez-vous de l'iCAtest ?	<p>Conceptuellement – pour les 2 catégories ? (historique)</p> <p>Mais aussi dans la façon dont il est construit, avec le recul ?</p>
<b>Recrutement des A/F et CMS</b>	Comment s'est passé le recrutement des A/F et des CMS pour le pilote ?	<p>Comment vous y êtes-vous pris ?</p> <p>Pourquoi avez-vous choisi de vous adresser à telle ou telle A/F, à tel ou tel CMS ?</p>
<b>Formation</b>	<p>Qu'avez-vous pensé de la formation que vous avez reçue ?</p> <p>Vous a-t-elle bien préparée à votre rôle de formateur ?</p> <p>Quel est votre avis sur les formations proposées aux collaborateurs ?</p> <p>Que feriez-vous différemment au niveau de la formation dans le cadre d'un déploiement cantonal ?</p>	<p>Était-elle complète ? Adaptée ?</p> <p>Au niveau de la connaissance des outils mais aussi des processus de mise en œuvre ?</p> <p>S'assurer que toutes les formations sont couvertes dans la discussion.</p> <p>A quels problèmes avez-vous été confrontés lors des formations ?</p> <p>S'assurer que la discussion prend en compte l'équilibre entre situation idéale et faisabilité.</p>

<b>Organisation</b>	<p>Pouvez-vous décrire dans les grandes lignes la mise en œuvre du projet dans le CMS et à la CASAD ? Quelles ont-été les difficultés organisationnelles que vous avez-pu rencontrer dans la mise en œuvre de ce test dans les CMS pilote et à la CASAD ?</p> <p>(Rapidement :) Quel a été l'accueil réservé au pilote par les professionnels ?</p>	<p>Quelles différences avez-vous constatées pendant ce pilote dans la façon dont les A/F le mettaient en œuvre ?</p> <p>Quelles différences avez-vous constatées pendant ce pilote dans la façon dont les CMS le mettaient en œuvre ?</p> <p>S'assurer que les trois aspects du changement sont couverts : iEDscreener, évaluations globales pour les clients avec demande d'aide pratique (non-OPAS7) et iCA au lieu de RAI-HC<sub>Suisse</sub> pour certains clients avec demande de prestations OPAS7.</p>
<b>Support métier coRAI</b>	<p>(Rapidement car feedback très +, plus déjà reçu détails)</p> <p>Comment avez-vous organisé le support Métier coRAI dans le cadre du pilote ?</p> <p>Avez-vous été confrontés à des problèmes particulièrement difficiles à résoudre ?</p> <p>Que feriez-vous différemment au niveau du support Métier coRAI dans pour un déploiement cantonal ?</p>	<p>Que sont les niveaux 1 et 2 mentionnés dans mail de MK ?</p> <p>S'assurer que la discussion prend en compte l'équilibre entre situation idéale et faisabilité.</p>
<b>Logiciel RAIssoft</b> <b>Et</b>  <b>L'iEDscreener</b>	<p>Que pensez-vous du logiciel utilisé pour le pilote ?</p> <p>Que pensez-vous de l'intégration du résumé des résultats de l'iCA dans Medlink ?</p> <p>Que pensez-vous de la fonction « analyse de groupe » disponible dans le logiciel pour l'iCA ?</p> <p>Avez-vous eu des retours sur l'appréciation de l'iEDscreener ?</p>	<p>Que pensez-vous de l'utilité de cette intégration ?</p> <p>Dans quel contexte l'utiliseriez-vous ? Utilité, fonctionnalité</p> <p>Du côté des analystes ? Du côté des évaluateurs ?</p>
<b>Satisfaction</b>	<p>(rapidement :)</p> <p>A votre avis, comment le fait de proposer des évaluations globales aux clients avec demande d'aide pratique (non-OPAS7) est-elle acceptée aujourd'hui dans les CMS pilote?</p>	

	<p>A votre avis, comment l'utilisation de l'iCA au lieu du RAI-HC<sub>Suisse</sub> pour certains clients avec demande de prestations OPAS7 est-elle acceptée /accueillie aujourd'hui dans les CMS pilote?</p> <p>Vos propres attentes se sont-elles concrétisées ? Si non, pourquoi à votre avis ?</p>	
<b>Ajustements en vue d'un déploiement cantonal</b>	<p>Nous savons que ce les A/F et CMS inclus dans ce pilote ne sont pas représentatifs des A/F et CMS du canton. A votre avis, quels seraient les points de différences dont il faudrait tenir compte pour déploiement cantonal ?</p> <p>Auriez-vous des suggestions à faire dans la perspective d'un développement cantonal de ce projet ? Quelles sont vos attentes ?</p>	<p>Quels liens ou adaptation à faire avec les autres processus (par exemple, dans la transmission des résultats à l'équipe, etc.)</p>
<b>Aspects financiers</b>	<p>Quels enjeux financiers voyez-vous dans le cadre d'un développement cantonal ?</p>	
<b>Autre</b>	<p>Y a-t-il d'autres points dont vous aimeriez discuter ?</p>	

## 8.3.2 Grille pour l'entretien avec la directrice de la CASAD (14 novembre 2017)

Thèmes	Questions	Précisions si sujet pas abordé spontanément
Mise en œuvre et participation	Que pensez-vous de ce projet pilote ? Quelles ont été vos attentes et motivations pour participer à ce projet-pilote ?	Que pensez-vous de la mise en œuvre du projet dans son ensemble ?
Acceptation des outils par les collaborateurs	(rapidement :) Comment le test a-t-il été initialement accueilli dans votre centre ? Et aujourd'hui ?	Qu'avez-vous mis en place au niveau de la communication autour du test auprès de votre équipe ?
Organisation	Concrètement, comment s'est passée la mise en œuvre de ce changement dans votre centre ?	Quels ont été les facteurs facilitant la mise en œuvre du test ? Quels défis ont-ils dû être relevés lors de la mise en œuvre ? Quelles ont-été les difficultés organisationnelles que vous avez pu rencontrer dans la mise en œuvre de ce test dans centre ?
iEDscreener	Avez-vous pu vous-même utiliser cet outil ? Qu'en pensez-vous ? Que pensez-vous de l'introduction de l'iCAtest ? Que pensez-vous de l'articulation entre l'iEDscreener et l'iCAtest ?	Pour les demandes nonOPAS ? Pour les demandes OPAS ?
Aspects financiers	Quels enjeux financiers voyez-vous le cadre d'un déploiement cantonal ?	
Ajustements en vue d'un déploiement	Vos attentes ont-elles été satisfaites ? Auriez-vous des suggestions à faire dans le cadre d'un développement cantonal de ce projet ?	
Autre	Y a-t-il d'autres points dont vous aimeriez discuter ?	

### 8.3.3 Grille pour l'entretien avec les directrices des A/F (15 novembre 2017)

Thèmes	Questions	Précisions si sujet pas abordé spontanément
<b>Mise en œuvre et participation</b>	<p>Que pensez-vous de ce projet pilote ?</p> <p>Quelles ont été vos attentes et motivations pour participer à ce projet-pilote ?</p>	<p>Que pensez-vous de la mise en œuvre du projet dans son ensemble ?</p>
<b>iCAtest</b>	<p>Que pensez-vous de l'iCAtest ?</p>	<p>Au niveau conceptuel, pour les 2 populations pour lequel il est utilisé ?</p> <p>Que pensez-vous de la façon dont il est construit, avec le recul ?</p>
<b>Acceptation des outils par les collaborateurs</b>	<p>(rapidement :)</p> <p>Comment le test a-t-il été initialement accueilli dans vos CMS ?</p> <p>Et aujourd'hui ?</p>	<p>Qu'avez-vous mis en place au niveau de la communication autour du test auprès des CMS ?</p>
<b>Organisation</b>	<p>Concrètement, comment s'est passée la mise en œuvre de ce changement dans votre A/F ?</p>	<p>Quels ont été les facteurs facilitant la mise en œuvre du test ?</p> <p>Quels défis ont-ils dû être relevés lors de la mise en œuvre ?</p> <p>Quelles ont-été les difficultés organisationnelles que vous avez pu rencontrer dans la mise en œuvre de ce test dans vos CMS ?</p> <p>L'introduction de ces nouveaux outils a-t-elle créé des problèmes d'attribution des rôles autour du client ? Lesquels ? Quelles solutions avez-vous apporté ?</p>

<b>Logiciel pour l'iCA (RAIsoft) et iEDscreener</b>	<p>Que pensez-vous du logiciel utilisé pour le pilote ?</p> <p>Que pensez-vous de l'intégration du résumé des résultats de l'iCA dans Medlink ?</p> <p>Connaissez-vous la fonction « analyse de groupe » du logiciel ?</p> <p>Que pensez-vous de l'iEDscreener ?</p>	<p>Que pensez-vous de l'utilité de cette intégration ?</p> <p>Si elles ne connaissent pas, expliquer. Puis :</p> <p>Pensez-vous que vous l'utiliserez ? Dans quel contexte ?</p> <p>Si connaissent : l'ont-elles déjà utilisé ? Dans quel contexte ? Satisfaisant ?</p>
<b>Aspects financiers</b>	<p>Quels enjeux financiers voyez-vous dans le cadre d'un déploiement cantonal ?</p>	
<b>Ajustements en vue d'un déploiement</b>	<p>Vos attentes ont-elles été satisfaites ?</p> <p>Auriez-vous des suggestions à faire dans le cadre d'un développement cantonal de ce projet ?</p>	
<b>Autre</b>	<p>Y a-t-il d'autres points dont vous aimeriez discuter ?</p>	

### 8.3.4 Grille pour l'entretien avec l'équipe informatique de l'AVASAD (16 novembre 2017)

Thèmes	Questions	Précisions si sujet pas abordé spontanément
<b>Rôles</b>	Pouvez-vous décrire quels ont été les aspects de votre travail en lien avec le projet-pilote coRAI CMS ?	
<b>Logiciel pour l'ICA (RAIsoft)</b>	<p>Pensez-vous que le logiciel utilisé lors du pilote soit un logiciel convivial pour ses utilisateurs ?</p> <p>Avez-vous identifié des problèmes majeurs pendant le pilote dans le fonctionnement du logiciel RAIsoft ? Lesquels ? Comment avez-vous réagi ?</p>	<p>Verrouillage une fois l'évaluation terminée + accès – expliquer</p> <p>Aspect de l'accès sécurisé – explications</p> <p>Contacts avec RAIsoft ?</p> <p>Réactivité et compétences du helpdesk RAIsoft ?</p>
<b>Support métier coRAI</b>	Avez-vous eu des demandes transmises depuis le Support métier coRAI ?	Lesquelles ? Récurrence ? Facilité de résolution ?
<b>Améliorations</b>	<p>Avez-vous identifié des améliorations qui pourraient être apportées au logiciel dans l'éventualité d'un développement cantonal ? Lesquelles ?</p> <p>Pouvez-vous identifier des points techniques potentiellement problématiques qu'il faudra prendre en compte pour un déploiement cantonal ?</p>	<p>Aborder l'intégration des deux systèmes : logiciel ICA et Medlink (facilité, appréciation, problèmes, améliorations)</p> <p>Différents systèmes dans les CMS ou les A/F ?</p>

## 8.4 Grilles de focus groups

### 8.4.1 Grille pour le focus group des cadres (4 décembre 2017)

Thèmes	Questions	Précisions si sujet pas abordé spontanément
<b>Mise en œuvre et participation</b>	<p>Quelles étaient vos attentes et motivations pour participer à ce projet-pilote ?</p> <p>Que pensez-vous de ce projet pilote ?</p>	<p>Que pensez-vous de la mise en œuvre de ce projet pilote dans son ensemble ?</p> <p>Est-ce que ses modalités faisaient sens pour vous dès le départ ?</p> <p>Et aujourd'hui ?</p>
<b>L'iCAtest</b>	<p>Que pensez-vous de l'iCAtest aujourd'hui ?</p>	<p>Au niveau conceptuel, que pensez-vous d'une évaluation globale allégée pour les 2 types de clientèle pour lesquels il est utilisé.</p> <p>Avec le recul, que pensez-vous de la façon dont il est construit ?</p>
<b>Acceptation des outils par les collaborateurs</b>	<p>Comment ce projet pilote a-t-il été accueilli dans votre CMS/votre équipe ?</p> <p>Et aujourd'hui ?</p>	<p>Quels ont été les leviers ? Quels ont été les difficultés rencontrées ?</p> <p>Qu'avez-vous mis en place au niveau de la communication autour du pilote auprès de vos équipes ?</p> <p>Avez-vous constaté des changements d'attitude au sein de vos équipes vis-à-vis de ce projet-pilote ?</p>
<b>Formation</b>	<p>Comme vous le savez, plusieurs séances de formation aux nouveaux outils ont eu lieu. Avez-vous assisté à différentes sessions de formation et si oui, quels éléments vous ont semblés positifs et lesquels vous auraient semblés au contraire moins positifs ?</p>	

<b>Organisation</b>	<p>On aimerait maintenant aborder les aspects de mise en œuvre de ce pilote.</p> <p>Quels ont été les facteurs facilitant la mise en œuvre du projet pilote ?</p> <p>Qu'est-ce que ça a impliqué :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au niveau de l'organisation du CMS ?</li> <li>- au niveau de l'organisation des équipes ?</li> <li>- au niveau de votre travail ?</li> <li>- sur d'autres aspects ?</li> </ul> <p>Pour vous, quels ont été, s'il y en a eu, les défis à relever ?</p> <p>Quelles solutions avez-vous apportées ?</p> <p>Comment souhaiteriez-vous voir évoluer l'attribution des rôles autour de ces outils ?</p> <p>Comment s'est passée la transmission des informations suivant les évaluations iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7) ?</p> <p>Pouvez-vous apporter un éclairage sur le fait que le nb d'évaluations iCAtest pour les nouvelles demandes d'aide pratique est moindre que celui auquel on pouvait s'attendre ?</p> <p>Une petite question technique maintenant : comment les temps d'évaluation sont-ils enregistrés dans votre CMS ?</p>	<p>Comment s'est passé le recrutement des infirmières référentes pour réaliser les évaluations iCAtest ?</p> <p>La modification de l'attribution des rôles autour du client durant le pilote a-t-elle posé problème? lesquels? (si pas abordés : transfert de charge de travail et du coup pas assez de temps pour en faire suffisamment ?, discontinuité du suivi de la clientèle, etc.).</p> <p>Qu'est-ce que cela impliquerait au niveau de l'organisation de vos CMS (volume de personnel, spécialisations, accompagnement, temps nécessaire au changement)?</p> <p>Outre les refus de certains clients, les infirmières ont-elles été dans l'impossibilité de conduire des évaluations iCAtest ? Pourquoi ?</p>
---------------------	---	--

<b>Accueil de l'iCA par les médecins</b>	Si vos équipes ont eu des contacts avec les médecins traitants suivant les évaluations iCAtest, pouvez-vous nous dire comment cet outil est reçu du côté des médecins ?	Doivent-ils prescrire ces évaluations ? Les résultats des évaluations leurs sont-ils transmis ? Sous quelle forme ? Comment sont-ils reçus ?
<b>Logiciel pour l'iCA (RAIsoft)</b>	Que pensez-vous du logiciel qui a été utilisé pour le pilote (RAIsoft) ? Avez-vous eu connaissance de problème de connexion ? Que pensez-vous de la fonction « analyse de groupe » disponible dans le logiciel pour l'iCA ? (Expliquer ce que c'est).  Que pensez-vous du lien actuel entre RAIsoft et Medlink ?	Comment est-ce que vos CMS les ont gérés ? Si elles ne connaissent pas, expliquer, puis : Pensez-vous que vous l'utiliserez ? Dans quel contexte ? Si elles connaissent : l'ont-elles déjà utilisé ? Dans quel contexte ? Satisfaisant ? Aborder l'intégration des résultats de l'iCAtest dans Medlink et la non intégration des données. Quels sont les besoins pour le futur ?
<b>L'iEDscreener</b>	Que pensez-vous de l'iEDscreener ?	De son utilisation dans le pilote/ telle qu'organisée pour le pilote ? Et dans le futur ? Quelle serait à votre avis la façon la plus optimale de l'utiliser ?
<b>Aspects financiers</b>	Si on réfléchit au déploiement cantonal de ce projet, quels sont les principaux enjeux financiers que vous pourriez d'ores et déjà identifier ?	
<b>Ajustements en vue d'un éventuel déploiement</b>	Par rapport aux attentes concernant ce pilote, lesquelles ont été satisfaites et lesquelles au contraire ne l'ont pas été ? Auriez-vous des suggestions à faire dans l'éventualité d'un développement cantonal de ce projet ?	Enumérer rapidement les différents domaines : acceptation par les collaborateurs, formation, organisation, outil iCA, outil iEDscreener, etc.
<b>Autre</b>	Y a-t-il d'autres points que vous aimeriez aborder dans le cadre de ce focus group ou y-a-t-il des choses que vous aimeriez compléter ?	

### 8.4.2 Grille pour le focus group des infirmières évaluatrices (4 décembre 2017)

Thèmes	Questions	Précisions si sujet pas abordé spontanément	L'accueil des clients	
<b>Question générale</b>	Nous aimerions que vous reveniez sur votre expérience personnelle lors du projet pilote coRAI, savoir ce que vous en avez pensé, quels ont été les points positifs et négatifs...		Dans les questionnaires, la moitié d'entre vous a indiqué avoir essayé quelques refus auprès des clients, principalement parce que ceux-ci trouvaient la démarche trop intrusive ou bien parce que les clients n'en voyaient pas l'intérêt. Finalement, diriez-vous que c'est semblable à ce qui se passe avec le RAI-HC <sub>Suisse</sub> ou est-ce que c'est dû à l'état de santé ou fonctionnel moins altéré de ces personnes ? D'un autre côté, beaucoup d'entre vous estiment qu'utiliser cet outil au lieu du RAI <sub>HC Suisse</sub> peut conduire à un nombre de refus d'évaluation moindre. Qu'est-ce qui vous fait penser cela ?	
<b>Pertinence de l'iCAtest</b>	Nous avons commencé à analyser les résultats des questionnaires sur le contenu de l'iCAtest ; merci beaucoup pour vos réponses qui semblent très informatives et qui seront je pense très utiles pour la suite. Nous n'allons donc pas revenir sur le contenu de cet outil, à moins qu'il y ait des points que vous aimeriez ajouter aujourd'hui....  Par contre, nous aimerions savoir quelles sont pour vous la ou les plus-value/ de l'utilisation de l'iCAtest au lieu du RAI-HC <sub>Suisse</sub> pour l'évaluation de certains clients avec demande de prestations OPAS7 ?  A votre avis quelles sont les difficultés ou problèmes qu'amène une utilisation systématique de l'iCAtest pour les clients avec demande de prestations OPAS7 ?	Y a-t-il un type de clients chez lesquels cette plus-value est plus particulièrement évidente ? /ces difficultés sont plus apparentes ?  Y a-t-il un/des type/s de besoins qui sont particulièrement plus ou moins faciles à identifier avec l'utilisation de l'iCAtest qu'avec le RAI-HC <sub>Suisse</sub> ?	<b>La pratique</b> Vous êtes habituées à utiliser un outil plus long, l'interRAI HC <sub>Suisse</sub> . Comment décririez-vous ce passage à un outil plus court ?  Dans le questionnaire nous vous avons demandé d'estimer le temps nécessaire pour l'évaluation chez le client, ainsi que celui pour la documentation et l'analyse. Les réponses sont très différentes d'une personne à l'autre. Selon vous, à quoi sont dues ces différences ?	Est-ce que ce passage a été difficile ? Avez-vous ressenti le besoin de compléter les items de l'iCAtest ? L'avez-vous fait ? Aujourd'hui pensez-vous qu'il ne s'agit que d'une question de temps pour s'y habituer ?
<b>Formation</b>	Vous nous avez déjà fourni de nombreuses informations via les questionnaires concernant la formation. J'aimerais vous demander aujourd'hui quels sont les points importants qui pourraient être améliorés ?  Quelle a été pour vous l'utilité du support d'analyse ? (montrer document au groupe)	Au niveau des séances de formation initiales ?  Au niveau des ateliers de consolidation de la pratique ? (durée, matériel, mise en pratique ?)  Comment l'avez-vous utilisé ? (+ à la fin, classement dans le dossier pour suivi ?) L'avez-vous utilisé à chaque fois ? Souhaiteriez-vous lui apporter des modifications ? Lesquelles ?	<b>Logiciel pour l'ICA (RAIsoft)</b> Qu'avez-vous pensé de la navigation sur outils mobiles ?  Le format de la page dynamique des résultats des alarmes et échelles est-il adapté à vos besoins ? (montrer le document)  Vous avez toutes indiqué dans les questionnaires que pouvoir adapter la présentation des résultats selon la cible était important. Pouvez-vous étayer et préciser quels sont les éléments qui vous seraient particulièrement utiles ?  Que pensez-vous du lien actuel entre RAIsoft et Medlink ?	Visuel ? Evolution dans le temps ?  Sous quelle forme est-ce que cette information devrait être intégrée pour qu'elle vous soit la plus utile possible ?  Aborder l'intégration des résultats de l'iCAtest dans Medlink et la non intégration des données.  Quels sont les besoins pour le futur ?

<b>L'iEDscreener</b>	Que pensez-vous de l'iEDscreener ?	<p>De son utilisation dans le pilote/ telle qu'organisée pour le pilote ?</p> <p>Et dans le futur ? Quelle serait à votre avis la façon la plus optimale de l'utiliser ?</p> <p>Avant que celui-ci soit retiré du logiciel, avez-vous pris connaissance du score AUA produit par l'iCAtest ? Si oui :</p> <p>Avez-vous noté des écarts entre les scores produits par l'iCAtest et l'iEDscreener ?</p> <p>Comment avez-vous réagi lorsque les scores de l'iEDscreener et de l'iCAtest étaient différents ?</p>
<b>Ajustements en vue d'un déploiement</b>	Auriez-vous des suggestions à faire dans le cadre d'un développement cantonal de ce projet ?	
<b>Autre</b>	Y a-t-il d'autres points que vous aimeriez aborder dans le cadre de ce focus group ou y-a-t-il des choses que vous aimeriez compléter ?	

### 8.4.3 Grille pour le focus group des infirmières référentes (5 décembre 2017)

Thèmes	Questions	Précisions si sujet pas abordé spontanément	Organisation		
<b>Question générale</b>	Nous aimerions que vous reveniez sur votre expérience personnelle lors du projet pilote coRAI, savoir ce que vous en avez pensé, quels ont été les points positifs et négatifs...			Concrètement, comment s'est passée la mise en œuvre des évaluations globales dans votre travail ?	Aborder l'aspect surcharge de travail qui est apparu dans les questionnaires (avec progressions +++ vers +) : gestion du temps, de leurs propres clients, transmission des résultats aux collègues.
<b>Pertinence de l'iCAtest</b>	Nous avons commencé à analyser les résultats des questionnaires sur le contenu de l'iCAtest ; merci beaucoup pour vos réponses qui semblent très informatives et qui seront je pense très utiles pour la suite. Nous n'allons donc pas revenir sur le contenu de cet outil, à moins qu'il y ait des points que vous aimeriez ajouter aujourd'hui....  Par contre, nous aimerions savoir quelles sont pour vous la ou les plus-values d'une évaluation globale systématique pour les clients avec demande d'aide pratique (non-OPAS7) ?  A votre avis, quels sont les problèmes ou difficultés qu'amène une telle évaluation globale systématique ?	Y a-t-il un type de clients chez lesquels cette plus-value est plus particulièrement évidente ?/ces difficultés sont plus apparentes ?  Y a-t-il un/des type/s de besoins qui sont particulièrement plus/moins faciles à identifier avec l'utilisation de l'iCAtest que sans ?		Les résultats des questionnaires suggèrent que les avis sont assez partagés quant à qui devrait se charger de ces évaluations. Nous aimerions vous entendre sur les raisons derrière ces avis.	
<b>Formation</b>	Vous nous avez déjà fourni de nombreuses informations via les questionnaires concernant la formation. J'aimerais vous demander aujourd'hui quels sont les points importants qui pourraient être améliorés ?  Quelle a été pour vous l'utilité du support d'analyse ? (montrer document au groupe)	Au niveau des séances de formation initiales ?  Au niveau des ateliers de consolidation de la pratique ? (durée, matériel, mise en pratique ?)  Comment l'avez-vous utilisé ? (+ à la fin, classement dans le dossier pour suivi ?) L'avez-vous utilisé à chaque fois ? Souhaiteriez-vous lui apporter des modifications ? Lesquelles ?		<b>L'accueil des clients</b> Dans les questionnaires, certaines personnes ont indiqué avoir essuyé quelques refus auprès des clients, principalement parce que ceux-ci trouvaient la démarche trop intrusive. D'autres ont indiqué que beaucoup de personnes acceptent sans pour autant en voir l'intérêt ou le trouvent cependant également intrusif. Pouvez-vous revenir sur ce point ?	
			<b>La pratique</b>	Les résultats des questionnaires montrent que l'iCAtest a permis dans de nombreux cas l'identification de nouveaux éléments (ressources, besoins ou problèmes) d'ordre varié. Par contre il semblerait qu'il ait conduit dans une moindre mesure à la mise en place de nouvelles prestations. Selon vous, qu'est ce qui pourrait expliquer ce décalage ? (Attention, ne pas citer de noms de clients)  La manière dont les clients sont pris en charge semble aussi dans quelques cas être modifiée suite à l'évaluation iCAtest. Pouvez-vous donner quelques exemples ? (Attention, ne pas citer les noms de clients)	

	<p>Dans le questionnaire nous vous avons demandé d'estimer le temps nécessaire pour l'évaluation chez le client, ainsi que celui pour la documentation et l'analyse. Les réponses sont très différentes d'une personne à l'autre. Selon vous, à quoi sont dues ces différences ?</p> <p>Pouvez-vous apporter un éclairage sur le fait que le nb d'évaluations iCAtest pour les nouvelles demandes d'aide pratique est moindre que celui auquel on pouvait s'attendre.</p> <p>Comment s'est passée la transmission des informations suivant les évaluations iCAtest pour les clients en demande d'aide pratique (non-OPAS7) ?</p>	<p>Est-ce dû à l'outil lui-même ou à la démarche en général ?</p> <p>Outre les refus de certains clients, avez-vous parfois été dans l'impossibilité de conduire des évaluations iCAtest ? Pourquoi ?</p>	L'iEDscreener	Que pensez-vous de l'iEDscreener?	<p>De son utilisation dans le pilote/ telle qu'organisée pour le pilote ?</p> <p>Et dans le futur ? Quelle serait à votre avis la façon la plus optimale de l'utiliser ?</p> <p>Avant que celui-ci soit retiré du logiciel, avez-vous pris connaissance du score AUA produit par l'iCAtest ? Si oui : Avez-vous noté des écarts entre les scores produits par l'iCAtest et l'iEDscreener ? Comment avez-vous réagi lorsque les scores de l'iEDscreener et de l'iCAtest étaient différents ?</p>
<b>Accueil de l'iCA par les médecins</b>	Si vous avez eu des contacts avec les médecins traitants suivant les évaluations iCAtest, pouvez-vous nous dire comment cet outil est reçu du côté des médecins ?	<p>Doivent-ils prescrire ces évaluations ?</p> <p>Les résultats des évaluations leurs sont-ils transmis ? Sous quelle forme ? Comment sont-ils reçus ?</p>	<b>Ajustements en vue d'un déploiement</b>	Auriez-vous des suggestions à faire dans le cadre d'un développement cantonal de ce projet ?	
<b>Logiciel pour l'iCA (RAIsoft)</b>	<p>Qu'avez-vous pensé de la navigation sur outils mobiles ?</p> <p>Le format de la page dynamique des résultats des alarmes et échelles est-il adapté à vos besoins ? (montrer le document)</p> <p>La plupart des personnes interrogées trouvent important que la présentation des résultats (montrer le document) puisse être adaptée selon la cible. Pouvez-vous étayer et préciser quels sont les éléments qui vous seraient particulièrement utiles ?</p> <p>Que pensez-vous du lien actuel entre RAIsoft et Medlink ?</p>	<p>Visuel ? Evolution dans le temps ?</p> <p>Sous quelle forme est- ce que cette information devrait être intégrée pour qu'elle vous soit la plus utile possible ?</p> <p>Aborder l'intégration des résultats de l'iCAtest dans Medlink et la non intégration des données. Quels sont les besoins pour le futur ?</p>	<b>Autre</b>	Y a-t-il d'autres points que vous aimeriez aborder dans le cadre de ce focus group ou y-a-t-il des choses que vous aimeriez compléter ?	

### 8.4.4 Grille pour le focus group des infirmières analystes (7 décembre 2017)

Thèmes	Questions	Précisions si sujet pas abordé spontanément		
<b>Question générale</b>	Nous aimerions que vous reveniez sur votre expérience personnelle lors du test coRAI, savoir ce que vous en avez pensé, quels ont été les points positifs et négatifs...			L'avez-vous toujours utilisé de la même manière : - Au niveau individuel ? - D'une analyste à l'autre ? Comment avez-vous géré le fait de devoir l'utiliser seulement dans certains cas ?
<b>Pertinence de l'IED screener</b>	Comment voyez-vous le lien entre l'iEDscreener et l'iCAtest ?  Quelles sont la ou les plus-values de l'introduction de l'iEDscreener dans le traitement des demandes ? Et au contraire y a-t-il eu des difficultés ou problèmes posés par l'introduction de l'iEDscreener ?  Et dans le futur ? Quelle serait à votre avis la façon la plus optimale de l'utiliser ?	Connaissent-elles l'iCAtest ? Est-ce que cela leur a été présenté lors des formations ? Quel sens attribuent-elles à la démarche du pilote ?  Avez-vous remarqué des différences selon les types de situations ?  Selon le type d'interlocuteur ? Notamment quand c'est l'infirmière de liaison ?  Pensez-vous qu'il doit être plus facile à utiliser en face à face ?	Comment s'est passé la gestion du formulaire sur l'utilisation de l'iEDscreener qui avait été mis en place pour le pilote ?	Comment s'est passée la transmission du score aux CMS (ou collègues directes pour Moudon) ? Le formulaire était-il rempli systématiquement ? Aussitôt ou avec un décalage ?  Qu'avez-vous pensé de ce formulaire ? Vous a-t-il posé des problèmes ?
<b>Accueil de l'outil chez vos interlocuteurs</b>	Certaines questions vous ont posé plus de problèmes que d'autres...comment, dans les faits, avez-vous abordé ces questions avec vos interlocuteurs ?  Avez-vous essuyé des refus ? Souvent ?	Aborder les clients, les IDL, médecins, famille.	<b>Formation</b>	Vous nous avez déjà fourni quelques informations via les questionnaires concernant la formation. J'aimerais vous demander aujourd'hui quels sont les points importants qui pourraient être améliorés ?
<b>Organisation et pratique</b>	Nous aimerions maintenant vous demander comment, concrètement, s'est passée la mise en œuvre de l'introduction de l'iEDscreener dans votre travail ?	Comment l'avez-vous introduit dans votre exercice habituel ? Est-ce venu en remplacement d'autres questions, ou est-ce que ça s'est ajouté à votre checklist?	<b>Ajustements en vue d'un déploiement</b>	Auriez-vous des suggestions à faire dans le cadre d'un développement cantonal de ce projet ?
			<b>Autre</b>	Y a-t-il d'autres points que vous aimeriez aborder dans le cadre de ce focus group ou y-a-t-il des choses que vous aimeriez compléter ?

## 8.5 Avis des professionnels sur la formation et l'accompagnement reçus pendant le projet pilote – Rapport intermédiaire



Annexe 6

Evaluation coRAI CMS

**Avis des professionnels sur la formation et l'accompagnement  
reçus pendant le projet pilote**

**Rapport intermédiaire**

28 février 2018

(Version révisée mai 2018)

### Table des matières

1. Introduction .....	3
1.1 Questions d'évaluation et objectif de ce rapport .....	3
1.2 Sources .....	3
1.3 Restitution des résultats .....	3
2. Déroulement des formations .....	4
2.1 Contexte .....	4
2.2 Calendrier .....	4
2.3 Contenu .....	6
3. Résumé des évaluations de fin de formation de l'AVASAD .....	7
3.1 Evaluation de la forme .....	7
3.2 Evaluation du contenu .....	7
4. Retour des collaborateurs sur la formation et l'accompagnement .....	8
4.1 Formations initiales .....	8
4.1.1 Aspects logistiques .....	8
4.1.2 Contenu .....	10
4.2 Ateliers de consolidation de la pratique .....	12
4.3 Accompagnement individuel .....	13
4.4 Appui dans certains CMS .....	13
4.5 Support métier coRAI .....	13
5. Conclusions et recommandations .....	15

## 1. Introduction

### 1.1 Questions d'évaluation et objectif de ce rapport

L'objectif de ce rapport intermédiaire est de répondre aux questions suivantes (Cf. Proposition d'évaluation du projet pilote coRAI CMS, version 5.7.2017) :

- « I2a. Quel est l'avis des professionnels qui utilisent le tandem d'outils sur la formation : est-elle adaptée à leurs besoins (aspects théoriques et pratiques/quantité/type/qualité) ? », et
- « I2c. Quels est l'expérience des professionnels des CMS quant au helpdesk mis à leur disposition ? », sous-questions de « I2. Les moyens mis en place sont-ils adaptés à l'utilisation optimale des nouveaux outils ? »

### 1.2 Sources

Les informations dans ce rapport se basent sur les sources de données suivantes :

- Collecte par questionnaires sur l'expérience des infirmiers et infirmières analystes (IA, n=12), référent(e)s (IR, n=13), et évaluateurs et évaluatrices (IE, n=9) du 23 octobre au 9 novembre 2017.
- Focus groups avec des IA (5)<sup>1</sup>, des IR (4 sur 5 initialement prévues)<sup>2</sup>, des IE (6)<sup>3</sup> et avec les responsables de centre (RC) (5)<sup>4</sup>, les 4, 5 et 7 décembre 2017.
- Entretien avec les responsables de projet de l'AVASAD (Mme Martine Karlen, cheffe de projet ; M. Olivier Fontaine, chef de projet ; Mme Nathalie Bacq, ergothérapeute consultante ; M. Arnaud Dulimbert, clinicien) le 13 novembre 2017.
- Entretien avec la responsable de la CASAD, Mme Valérie Dorier
- Entretien avec les directrices des A/F (Mmes Mireille Pidoux, ABSMAD et Isabelle Brès Bigey, APROMAD) le 15 novembre 2017.

### 1.3 Restitution des résultats

Notons en préambule que les focus groups avaient pour objectif l'échange d'expériences et d'opinions sur les différents thèmes abordés, et non la recherche d'un consensus au sein de chaque groupe professionnel.

Par ailleurs, au vu des très petits effectifs à disposition tant pour les questionnaires que pour les focus groups, il est très délicat de quantifier les informations qui en sont issues. Il s'agit plutôt de restituer les réflexions et expériences des uns et des autres quelle que soit la fréquence à laquelle une proposition ou une opinion est apparue.

Quelques éléments de contexte sont énoncés ci-dessus. Cependant, ce rapport rend compte de résultats partiels, qui seront intégrés à l'ensemble des résultats pour le rapport final.

<sup>1</sup> Trois infirmières analystes de la CASAD et les deux du CMS de Moudon.

<sup>2</sup> Une infirmière référente prévue par CMS participant au pilote. L'une d'entre elle était absente pour maladie.

<sup>3</sup> Deux infirmières évaluatrices par CMS participant au pilote dans lesquelles des IE étaient impliquées

<sup>4</sup> Les responsables de chaque CMS participant au pilote.

## 2. Déroulement des formations

### 2.1 Contexte

#### Elaboration de l'outil court et préparation des formations

L'élaboration d'un outil court adapté aux besoins de l'AVASAD pour leur clientèle recevant de l'aide et des soins à domicile a reposé sur la collaboration entre des spécialistes de soins à domicile de l'AVASAD et un coach interRAI du SSP. Plusieurs ateliers, séances et échanges ont été organisés entre août 2016 et mai 2017. Un processus itératif a permis : l'apprentissage de la démarche interRAI, le choix du contenu de l'outil testé, le choix des résultats cliniques appropriés, la rédaction d'un manuel ad-hoc, la préparation de la formation à l'utilisation de l'outil de dépistage (interRAI EDscreener) et de l'outil d'évaluation iCAtest.

Le GT de l'AVASAD a également préparé un support d'interprétation des résultats cliniques de l'iCAtest afin de favoriser leur utilisation dans l'élaboration du plan de prise en charge.

#### Formateurs

L'équipe formatrice était composée de trois des responsables du projet coRAI au sein de l'AVASAD : la cheffe de projet, un infirmier clinicien et une ergothérapeute consultante. Ces personnes ont également assuré un suivi et la permanence du support métier. Elles ont elles-mêmes été formées par la chefferie de projet au sein du Service de la santé publique. Leur formation a surtout consisté en une formation aux outils, sur la base du logiciel à l'essai pour le pilote. Elle s'est passée en trois temps : l'IEDscreener, le codage de l'iCAtest et une troisième partie sur les échelles et alarmes.

Interrogées afin de savoir si elles pensaient que la formation reçue les avait bien préparées à leur rôle de formateurs/ices, elles relèvent le fait que les délais étaient très courts entre formation reçue et formation à donner. Par conséquent, le temps pour s'approprier les outils afin de pouvoir retransmettre leurs connaissances était restreint. Cette pression du calendrier était due au fait que la finalisation de l'outil iCAtest avait pris du retard.

Notamment, lorsque les formateurs ont donné les formations sur la partie codage de l'iCAtest, ils n'avaient pas encore été formés eux-mêmes à la partie analyse. Dans ce contexte, ils ont trouvé qu'il n'était pas complètement aisé de faire passer le sens de la démarche aux collaborateurs. Ils ont compensé cette lacune en retravaillant l'appropriation des outils en parallèle de la préparation des formations et en étant transparents quant au fait qu'ils étaient eux-mêmes encore en phase d'apprentissage.

#### Contexte général

Un autre élément à noter est que le retard de l'introduction de l'iCAtest a également eu des répercussions sur la perception que les IA pouvaient avoir de l'utilité de la collecte d'information par l'IEDscreener, qui avait démarré au temps initialement prévu.

Enfin, il faut tenir compte du fait que ce projet pilote arrivait dans les CMS à un moment où l'AVASAD venait de vivre de gros changements structurels avec l'introduction du projet IRIS, finalisée en mai 2015. L'équipe formatrice note que cela fait beaucoup de changements à la suite pour les collaborateurs.

A noter que les séances de formation ont été précédées de séances d'information dans les CMS. Elles étaient adressées à l'ensemble de collaborateurs et collaboratrices, y inclus le personnel infirmier qui ne serait pas formé aux outils.

### 2.2 Calendrier

Le tableau 1 présente le déroulement chronologique des formations.

Tableau 1 - Calendrier des formations

	Fév.	Mars- Avril	Mai	Juin	Juil.	Aout	Sept. -Nov.
IA CASAD	Séance 1 en 2 groupes : 7/2 et 14/2  Temps d'expérimentation  Séance 2 en 2 groupes : 28/2 et 2/3		Point de situation : 5/2				
IA CMS	Séance 1 : 14/2  Temps d'expérimentation  Séance 2 : 21/2						
IR			Séances 1 et 2 : 15 et 16/5  Temps d'expérimentation  Séance 3 : 29/5				
IE			Séances 1 et 2 : 22 et 23/5  Temps d'expérimentation  Séance 3 : 30/5	Rattrapage codage et logiciel : 8/6			
IR et IE ensemble				Rattrapage codage et logiciel : 12/6 et 26/6  Séance 4 en deux groupes : alarmes et échelles : 19 et 22 /6 ; 20 et 22/6			Accompagnement individuel  Consolidation de la pratique
					Rattrapage alarmes et échelles : 10/7		

### 2.3 Contenu

#### Formations initiales

Sans détailler le contenu de chaque section, les formations initiales étaient construites selon la structure suivante :

- IA (N=12):

Séance 1 (une demi-journée) : appropriation : Tour de table/présentation (5mn), Objectifs et déroulement de la formation, contexte et présentation générale de l'outil (20mn) ; principes de base de l'outil et items de l'IEDscreener (20 mn), rappel des principes de codage (100 mn), exercices (20 mn) ; documentation des résultats (5 à 15 mn) ; bilan (10 mn). – Avec distribution des guides d'évaluation et du manuel d'utilisation et un support PowerPoint, et une pause de 10 mn.

Temps d'expérimentation

Séance 2 (une demi-journée) : consolidation : Accroître l'aisance et la précision du codage dans l'utilisation de l'outil IEDscreener ; traiter les questions liées au test.

- IR (N=13):

Séance 1 (journée entière) : Accueil (15 mn), Appropriation du contenu et du sens du projet coRAI (30 mn) ; Connaître la finalité de l'utilisation de l'outil, son contenu et son fonctionnement (15 mn) ; Savoir utiliser le MDS et le manuel interRAI test (6h15 mn + pause de 15 mn et pause de midi d'1h) ; et vérification des accès au logiciel.

Séance 2 (demi-journée) : Point sur les acquis de la première séance (15 mn) ; Acquérir les compétences de base à la navigation dans le support informatique (1h30 ; Pause (15 mn) ; Mise en pratique (1h30).

Temps d'expérimentation

Séance 3 (journée entière) : Introduction, questions, difficultés, introduire l'entretien avec le client (pas de temps indiqué) ; Pause ; Identifier les conditions nécessaires à la réalisation de l'évaluation avec l'outil iCAtest (temps ?) ; Pause de midi (1h) ; Disposer des informations pour la réalisation du test, y compris les données nécessaires à l'évaluation du projet (1h15) ; Bilan (15mn).

- IE (N=9) :

Séance 1 (journée entière) : Accueil (15 mn), Appropriation du contenu et du sens du projet coRAI (15 mn) ; Connaître la finalité de l'utilisation des outils, leur contenu et leur fonctionnement (15 mn) ; Savoir utiliser l'IEDscreener et son manuel (1h15 mn) ; Pause (15 mn) ; Savoir utiliser l'IEDscreener et son manuel ainsi que le MDS et le manuel iCAtest (1h45 + pause de midi) ; Savoir utiliser le MDS et le manuel iCAtest (3h avec pause de 15 mn) ; Bilan de la journée (15 mn).

Séance 2 (demi-journée) : Point sur acquis de la 1<sup>ère</sup> séance (15mn) ; Acquérir les compétences de base à la navigation dans le support informatique (3h + 15 mn de pause).

Temps d'expérimentation

Séance 3 (demi-journée) : Introduction, questions, difficultés (pas de temps indiqué) ; Identifier les conditions nécessaires à la réalisation de l'évaluation avec l'outil iCAtest (temps ?) ; Pause (15 mn) ; Disposer des informations pour la réalisation du test, y compris les données nécessaires à l'évaluation du projet (1h15) ; Bilan (15mn).

- IR et IE (deux groupes mixtes) :

Séance 4 (deux demi-journées) : Alarmes et échelles : Déroulement de la formation, Consolider l'utilisation de l'outil iCAtest pour l'évaluation ; Comprendre les échelles et des alarmes et savoir utiliser le manuel iCAtest ; Acquérir les compétences de base d'utilisation des échelles et des alarmes pour l'analyse de la situation ; Identifier quelques composantes nécessaires à la réflexion partagée avec le client ; Intégrer les résultats de l'évaluation dans le dossier des clients (pas de temps indiqué)

#### Point de situation auprès des IA de la CASAD (à la demande de la CASAD)

Traiter les questions sur le relevé pour l'IUMSP ; traiter les questions sur la réalisation de l'iEDscreener ; Disposer des dernières informations concernant le projet coRAI. (Pas de temps indiqué)

#### Atelier de consolidation (groupes mixtes)

Accueil (5 mn) ; Renforcer les compétences de recueil de données avec l'iCAtest (25 mn) ; Ancrer la compréhension des résultats de l'évaluation pour l'analyse de la situation du client (30 mn) ; Entraîner la formulation de la synthèse de l'analyse dans le dossier du client (40 mn) ; S'assurer que les conditions de réalisation des évaluations dans le cadre du test sont connues (20 mn)

#### Accompagnement individuel

En septembre tous les IR et IE participant au pilote ont reçu une proposition d'accompagnement individuel à planifier sur deux heures avec des thèmes à choix : documenter le MDS de l'iCAtest de manière adéquate et avec aisance ; réaliser une analyse clinique avec les supports disponibles ; partager le résultat de l'évaluation avec le client au terme de l'entretien ; et documenter la synthèse de l'analyse clinique dans le dossier client.<sup>5</sup>

### 3. Résumé des évaluations de fin de formation de l'AVASAD

Les collaborateurs et collaboratrices ont pu évaluer les formations auxquelles ils venaient de participer en remplissant un questionnaire fourni par l'équipe de formation. Ils devaient évaluer chaque sujet sur une échelle allant de 0 (« score le plus bas ») à 5 (« score le meilleur »).

L'IUMSP a calculé les moyennes d'évaluation de chaque sujet dans les trois groupes de collaborateurs et les a classées selon trois niveaux de satisfaction : insuffisant (moyenne de 0 à 2.9) ; bon (moyenne de 3 à 4.4) ; très bon (moyenne de plus de 4.5).

#### 3.1 Evaluation de la forme

Les trois groupes professionnels devaient répondre à sept questions identiques concernant la durée de la formation, la chronologie des contenus, le temps consacré aux différentes parties, la succession des séances, les possibilités d'échanges, la façon dont les sujets étaient traités, et la gestion du groupe, des échanges et de la communication.

Les IA présentent la moyenne globale la plus basse des 3 groupes professionnels (3.7), cependant tous les items présentent une moyenne comprise entre 3.4 et 4, soit un niveau jugé « bon ». Les IR, avec une moyenne globale de 4.3 présentent un mélange de moyennes de « bon » et « très bon » niveau de satisfaction (« possibilité d'échanges » et « gestion de groupe »). Les réponses des IE forment plus souvent une moyenne correspondant à un niveau de satisfaction « très bon » que « bon » pour une moyenne générale de 4.4.

#### 3.2 Evaluation du contenu

- Compréhension du projet

Les formateurs ont demandé dans quelle mesure la formation avait permis aux collaborateurs de comprendre le projet coRAI et le contexte d'utilisation de l'iEDscreener/des outils interRAI. Si les réponses des IE sont concentrées sur les scores 4 et 5 (moyenne 4.5) et celles des IR sur les scores 3 et 4 (moyenne 4.3), celles des IA sont plus diverses, allant de 0 à 5 (moyenne 3.5). Il était également demandé aux IA si la formation leur avait permis de comprendre les objectifs du test auquel ils participaient ; la moyenne de leurs réponses est 4.1 (min 3, max 5).

- iEDscreener

<sup>5</sup> Informations provenant de l'invitation aux IR. Nous demanderons et compléterons le cas échéant avec l'invitation aux IE pour le rapport final.

Les IA ont été interrogées sur les points suivants : Dans quelle mesure la formation leur avait permis d'identifier l'intérêt de l'iEDscreener pour l'aide et les soins à domicile ; de connaître le contenu de l'outil ; de connaître son fonctionnement ; de savoir utiliser le manuel ; de disposer de réponses aux questions en lien avec les premières expériences ; d'entrer en lien avec le client ; de recueillir les informations, d'interroger le client ; de mener simultanément l'entretien et le codage ; et de coder.

Tous ces points obtiennent chez les IA une moyenne entrant dans le niveau de satisfaction « bon » sauf deux, catégorisés dans le niveau de satisfaction « insuffisant » : « recueillir les informations/interroger le client » (2.9) et « mener simultanément l'entretien et le codage » (2.75).

Les IE ont également répondu à quelques questions concernant la partie de la formation consacrée à l'iEDscreener, à savoir dans quelle mesure la formation leur avait permis de : connaître le contenu de l'iEDscreener ; comprendre les principes de codage de l'iEDscreener ; savoir retrouver dans le manuel les références nécessaires au codage ; se sentir à l'aise pour coder ; et savoir utiliser les résultats de l'iEDscreener.

Chez les IE, deux de ces points ont obtenu un niveau de satisfaction jugé très bon : « connaître le contenu de l'outil iEDscreener » (4.6) et « savoir utiliser les résultats de l'iEDscreener » (4.9). Tous les autres points ont obtenu un niveau de satisfaction jugé « bon ».

- iCAtest

Les IR et IE ont répondu aux mêmes questions concernant la formation à l'iCAtest, à savoir dans quelle mesure la formation leur avait permis de : connaître le contenu de l'iCAtest ; comprendre les principes du codage de l'iCAtest ; savoir retrouver dans le manuel les références nécessaires au codage ; se sentir à l'aise pour coder ; comprendre le contenu des échelles et des alarmes ; savoir retrouver dans le manuel les éléments nécessaires à l'interprétation des échelles et alarmes ; connaître le contenu et la structure du logiciel RAIssoft ; savoir naviguer dans le logiciel RAIssoft ; connaître les conditions d'observation et d'entretien facilitant la réalisation de l'évaluation ; se sentir préparés pour mener simultanément l'entretien et le codage ; se sentir préparés à l'utilisation des échelles et des alarmes pour l'analyse de la situation ; se sentir préparés pour partager le résultat de l'évaluation avec le client ; savoir comment intégrer les résultats de l'évaluation dans le dossier client ; disposer des informations nécessaires à la réalisation du test ; et disposer de réponses aux questions en lien avec les premières expériences.

Exceptés les items « se sentir préparés pour partager le résultat de l'évaluation avec le client » qui obtient un niveau de satisfaction « insuffisant » chez les IR (2.7) et « Disposer de réponses aux questions en lien avec les premières expériences » avec un niveau de satisfaction « très bon » chez les IE, tous les autres points ont obtenu des niveaux de satisfaction « bons » aussi bien chez les IR que les ER.

### 4. Retour des collaborateurs sur la formation et l'accompagnement

L'IUMSP a également demandé un retour sur la formation et l'accompagnement en fin de pilote, c'est-à-dire 9 mois après le début du pilote pour les IA, et 5 mois après pour les IR et IE. La question des formations était abordée dans les questionnaires puis dans les différents focus groups.

#### 4.1 Formations initiales

##### 4.1.1 Aspects logistiques

##### Nombre de participants et temps entre les séances

Deux questions touchant aux aspects logistiques des formations initiales ont été posées à tous les collaborateurs : l'adéquation du nombre de participants aux séances de formation (en moyenne une dizaine de personnes) et celles du temps entre les différentes séances. La quasi-totalité des IA ainsi que la majorité des IR et IE ont trouvé que ces deux paramètres étaient adéquats (figures 1 et 2).

Figure 1 - Le nombre de participants aux séances de formation initiales était :

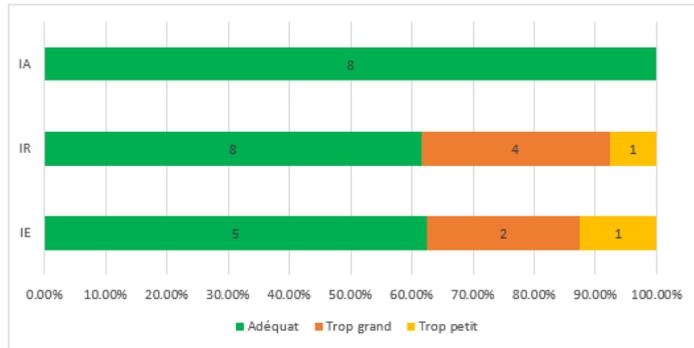
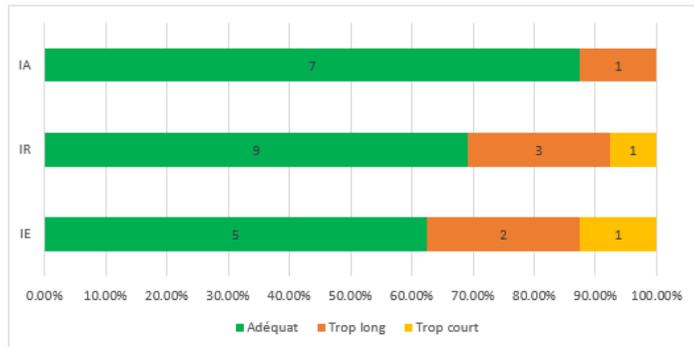


Figure 2 - Le temps entre les séances de formation initiales était :



**Calendrier**

Lors des focus groups, les RC et IR ont toutes commenté le fait que former les personnes avant les vacances faisait démarrer le pilote dans un contexte non-favorable.

Les IA n'ont pas pu être toutes formées en même temps, ce qu'elles regrettent. Les IA en CMS ont rapporté avoir eu une « formation accélérée » suite à un problème de calendrier et des problèmes de communication internes et qu'elles n'ont pas été informées de la mise en place d'une troisième séance à laquelle elles n'ont par conséquent pas pu assister.

**Mixité des groupes**

L'équipe de projet note qu'il était important d'organiser les formations séparément pour les IR et les IE pour la partie codage, car ces deux groupes de professionnels ne partageaient pas d'une expérience commune, notamment en ce qui concerne le codage.

En revanche, les séances portant sur l'analyse des échelles et alarmes ont rassemblé les IR et les IE. Certaines IR ont trouvé difficile de suivre ces séances en compagnie des IE car des termes étaient utilisés qu'elles ne connaissaient pas et des questions traitées ne les concernaient pas, ce qui a apporté un peu de confusion chez certaines. Si elle ne remet

pas en doute le bien-fondé de cette mixité, l'équipe de projet rapporte qu'elle devra retravailler cette partie de la formation pour mieux intégrer ce mélange des professions.

**4.1.2 Contenu**

**Outils pas encore acquis par l'équipe de formation**

La rupture dans la propre formation des formateurs (Cf. 2.1 Contexte) s'est ressentie parmi les IA, les IR et les IE qui expliquent que l'équipe de formation découvrait le projet peu de temps avant et devait donc parfois « réfléchir en direct » pour répondre à certaines de leurs questions. Il était alors difficile de s'appropriier des outils ou une démarche qui ne semblaient pas encore totalement clairs pour les formateurs eux-mêmes. A ce sujet, les IA s'étonnaient que leur formation, dans le cadre restreint du pilote, n'ait pas été donnée directement par le Service de la santé publique, ce qui aurait permis, selon elles, des réponses plus précises aux questions qu'elles se posaient.

**Globalement : préparation à l'utilisation des outils**

Interrogés dans les questionnaires s'ils trouvaient que les séances de formation initiales à l'IEDscreener, respectivement à l'iCAtest les avaient bien préparés à leur utilisation dans la pratique, les réponses des collaborateurs concernant la formation initiale sur le premier outil étaient toutes positives aussi bien chez les IA que les IE (figure 3). Les réponses concernant l'utilisation de l'iCAtest étaient en revanche plus mitigées, notamment chez les IE (3 sur 8 ont donné une réponse négative ; figure 4).

Figure 3 - Avez-vous trouvé que les (deux) séances de formation initiales à l'IEDscreener vous avaient bien préparé(e) à son utilisation dans la pratique?

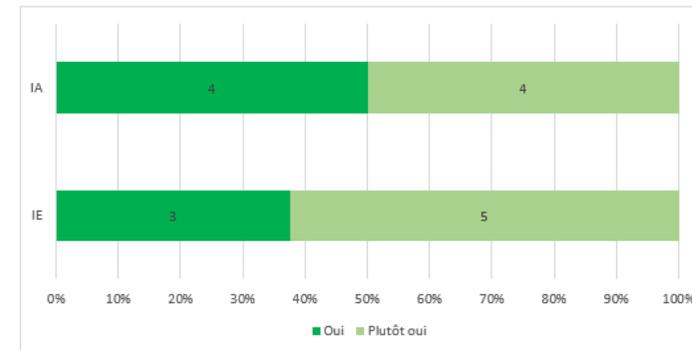
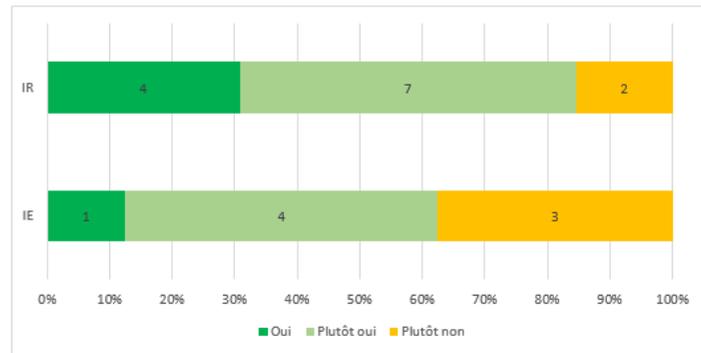


Figure 4 - Avez-vous trouvé que les séances de formation initiales à l'interRAI Contact Assessment version pilote coRAI (iCAtest) vous avaient bien préparé(e) à son utilisation dans la pratique ?



#### Séances de formation des IA

La responsable de la CASAD rapporte que la formation était bien faite, bien structurée, mais que plus d'accent aurait pu être mis sur l'ensemble de la démarche coRAI. De leur côté les IA rapportent qu'elles ont bien compris comment le choix entre les outils d'évaluation se faisait à partir du score de l'iEDscreener, mais expliquent que cela est resté pour elles assez théorique, notamment parce qu'elles n'avaient le temps de retourner voir dans les dossiers quelle avait été la suite donnée après la transmission du score de l'iEDscreener.

Certaines IA ont commenté qu'il leur aurait fallu plus d'exemples et d'autres au contraire ont trouvé que le système de vignettes leur avait été très utile.

La responsable de la CASAD rapporte que l'outil était facile à prendre en main et n'a pas posé problème en soit. Comment poser les questions et obtenir les réponses n'était au contraire pas simple pour les IA, car jugé « hors contexte de notre prise en charge ».

Les IA de la CASAD ont eu quelques jours pour s'exercer sans que les résultats de l'iEDscreener ne soient enregistrés ce qui a été apprécié.

Faisant suite à une demande de la responsable de la CASAD un retour sur expérience des IA a été organisé par l'équipe formatrice après deux à trois semaines de pratique. Des séances de retour ont eu lieu séparément pour les IA de la CASAD et les IA en CMS et ont posé problème tant aux unes qu'aux autres. Les IA de la CASAD y ont exposé leur crainte que ce qu'elles faisaient était trop subjectif et qu'elles ne trouvaient pas que leur rôle était le mieux adapté pour faire passer l'iEDscreener (en particulier, comment aborder des questions parfois très personnelles, notamment dans un contexte d'aide pratique). Les IA en CMS ont partagé leurs interrogations quant au rapport investissement/bénéfice dans certaines situations, leurs inquiétudes quant à leur charge de travail, car étant à la fois analystes et gestionnaires opérationnelles, l'introduction de l'iEDscreener leur demandait beaucoup de travail en plus. Les IA de la CASAD ainsi que celles en CMS rapportent ne pas avoir eu le sentiment d'être écoutées.

L'équipe de projet a noté qu'il n'était pas facile d'amener cette pratique systématique dans une pratique professionnelle ou la standardisation n'est pas la règle.

#### Séances de codage à l'iCAtest (IR et IE)

Le contenu de cette partie de la formation semble avoir été assez bien reçue chez les IR comme chez les IE.

#### Interprétation des alarmes et des échelles / analyse clinique (IR et IE)

Il a manqué aux IR et aux IE plus de formation au niveau de l'analyse des échelles et des alarmes. Le rapport de résultat des alarmes et des échelles n'est pas simple à comprendre. Plusieurs IE déclarent ne pas être parvenues à travailler

avec le rapport de résultat, même après l'atelier de consolidation et une séance consécutive, et ne s'être servies que du support d'analyse. De plus les IE ont toutes estimées en focus group que les liens étaient difficiles à faire entre les items codés et les résultats.

Nous devons noter ici que les IE utilisent habituellement l'outil RAI-HC<sub>Suisse</sub>, assez proche de celui testé pour le pilote. Cela pouvait être un atout mais aussi un frein pour l'apprentissage. Par exemple, l'iCAtest a une visée plus préventive que le RAI-HC<sub>Suisse</sub>. Si elles reconnaissent que les différences entre les deux outils leur avaient bien été expliquées en formation, une dit que les explications sont venues tard.

Le message de devoir faire l'analyse chez le client n'était en fait pas clair pour toutes les IE dès le départ, une dit l'avoir découvert seulement lors de la consolidation. Il semblerait que beaucoup de documentation leur ait été donnée, ce qui était décourageant.

Par ailleurs, une IR a expliqué qu'elle ne trouvait pas que la formation lui ait permis d'avoir tous les outils pour la mise en œuvre consécutive à l'évaluation globale (mettre en place les évaluations autres, tel que ménage, TMR ou repas) car elle n'avait jamais été formée à ces autres évaluations. En entretien l'équipe de projet avait en effet souligné que le périmètre des formations dans le cadre du pilote s'arrêterait avant cette étape.

Enfin, les IR ont trouvé dommage de ne pas avoir été formées à l'iEDscreener rapportant que finalement ses scores ne représentaient rien pour elles. Une dit ne pas avoir compris que les IE y soient formées et pas elles.

#### Utilisation du support d'analyse

Les IR trouvent que le support d'analyse fourni par l'équipe formatrice semble être un assez bon outil mais disent qu'elles auraient besoin de plus de formation et de pratique pour pouvoir bien l'utiliser. Une explique l'avoir reçu lors de retours de ses collègues IE ; elle le trouve parlant car visuel et pouvait faire le retour au client avec cela. Une autre IR a rapporté l'avoir utilisé à chaque fois mais qu'il n'est pas aisé de faire l'analyse et le retour directement au client et que ce document serait encore plus utile s'il pouvait être utilisé pour une analyse écrite de retour au bureau.

Certaines IE n'ont utilisé que le support d'analyse en le remplissant au fur et à mesure de l'entretien car elles n'étaient pas à l'aise avec le rapport de résultats. Cependant des critiques sont émises à son égard : il aurait besoin d'être retravaillé selon une IE et il manque de concordances avec le rapport de résultats pour une autre.

#### Formation des responsables opérationnels et secrétaires

Les IR ont suggéré de former les responsables opérationnels et les secrétaires pour que ça aille mieux. Le fait qu'elles ne le soient pas a créé un flou au début du pilote.

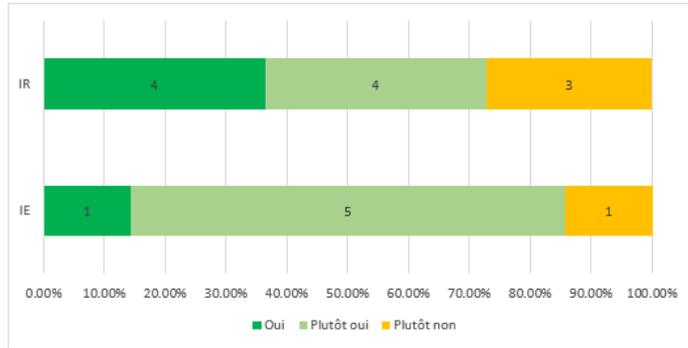
#### 4.2 Ateliers de consolidation de la pratique

Onze des treize IR et sept des huit IE ayant répondu à l'enquête ont participé aux ateliers de consolidation de la pratique. Les personnes absentes à ces ateliers l'étaient pour cause de vacances ou de maladie.

Comme le montre la figure 5, le retour concernant ces ateliers est plutôt positif. Si au total 4 personnes ont déclaré qu'elles n'avaient pas trouvé cela utile pour la suite du test, nous n'avons pas contrôlé si ces avis représentaient leur opinion quant à ces ateliers ou au contraire, découlaient du fait que ces personnes ne ressentaient pas le besoin de recevoir un complément de formation. Par ailleurs, les IE ont affirmé en focus group qu'elles avaient trouvé ces ateliers très utiles.

L'équipe de formation note qu'idéalement les séances de consolidation de la pratique et d'accompagnement individuel auraient été planifiées bien plus tôt. Ceci n'était cependant pas possible du fait du timing du pilote, les vacances d'été rendant une grande partie des collaborateurs indisponibles.

Figure 5 - L'atelier de consolidation de la pratique en groupe vous a-t-il été utile pour la suite du test ?



### 4.3 Accompagnement individuel

Contrairement aux séances de formation initiales et aux ateliers de consolidation de la pratique, les accompagnements individuels étaient organisés suite aux demandes des collaborateurs.

Sept des treize IR ayant répondu à l'enquête ont bénéficié d'une séance d'accompagnement individuel de l'équipe de formation de l'AVASAD. Parmi les 6 IR n'en ayant pas bénéficié, 5 n'en avaient pas fait la demande et 1 a déclaré que sa demande n'avait pas abouti.

Une des huit IE ayant répondu à l'enquête a bénéficié d'une séance d'accompagnement individuel. Parmi les autres, 5 n'en avaient pas fait la demande et 2 ont déclaré qu'elles n'étaient pas au courant de cette possibilité.

L'équipe de projet note que le retour direct sur ces séances était très positif, même si ces séances n'étaient pas toujours possibles pour les CMS. Cette impression est confirmée par les participants : 4/7 IR ont trouvé que l'accompagnement individuel leur avait été utile pour la suite du test et 3/7 plutôt utile.

Une personne a commenté qu'elle aurait trouvé aidant de pouvoir faire le suivi personnel plus tôt dans la réalisation des iCATests. A ce sujet, voir remarque de l'équipe de projet sur la planification de ces séances sous « Ateliers de consolidation de la pratique » ci-dessus.

De leur côté, les IA de la CASAD étaient accompagnées par leur responsable, qui avait également suivi les formations et utilisé l'IEDscreener<sup>6</sup>, notamment en dédiant leur colloques à ce sujet. Trois sur les huit IA ayant répondu à l'enquête ont trouvé que l'accompagnement qu'elles avaient reçu lors des premières utilisations de l'IEDscreener était suffisant et les cinq autres, plutôt suffisant.

### 4.4 Appui dans certains CMS

L'équipe de projet nous a informé qu'il a également fallu, à cause de contextes particuliers, venir en appui plusieurs fois dans certains CMS. En focus group des RC, l'accent est mis sur la grande disponibilité de la cheffe de projet tout au long du pilote comme un facteur facilitant de la mise en œuvre du projet.

### 4.5 Support métier coRAI

Les trois formateurs ont également assuré une permanence par téléphone et messagerie électronique (ouverte toute la journée, tout au long du pilote) afin de pouvoir répondre aux questions des collaborateurs inclus dans le projet. Les

<sup>6</sup> Les modalités de l'accompagnement individuel pour les IA en CMS n'est pas connu. Cette information sera complétée pour le rapport final.

premières questions sont surtout arrivées par téléphone, puis préférentiellement par messagerie. Les formateurs ont déclaré avoir pu apporter une réponse à 99% voire 100% des questions.

La majorité des IR et IE ont fait appel au support métier coRAI (figure 6), une à quatre fois entre juin et octobre 2017. Quinze des seize utilisateurs ont déclaré être très(majorité) ou plutôt satisfaits lorsqu'interrogés sur quatre aspects de qualité quant à ce support : facilité d'accès à un interlocuteur, compétences de l'interlocuteur pour répondre au problème, temps de traitement de la requête et résolution du problème (tableau 2).

Figure 6 - Depuis le début du test, avez-vous fait appel au support métier coRAI?

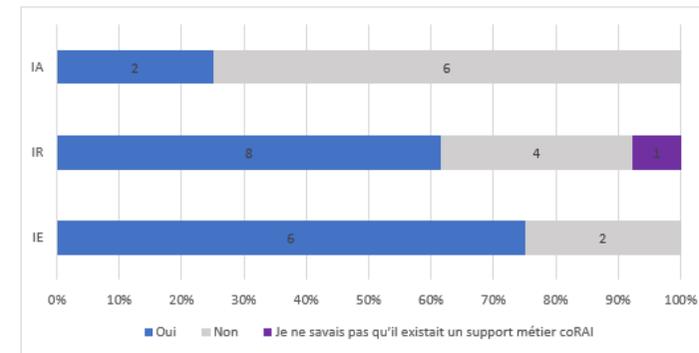


Tableau 2 - Satisfaction avec le support métier coRAI

	Très satisfait-e	Plutôt satisfait-e	Plutôt insatisfait-e	Très insatisfait-e
Facilité d'accès à un interlocuteur	12	4	0	0
Compétences de l'interlocuteur pour répondre au problème	9	6	1	0
Temps de traitement de la requête	11	5	0	0
Résolution du problème	10	6	0	0

N= 16 utilisatrices et utilisateurs (IA + IR + IE)

## 5 Conclusions et recommandations

Finalement, au vu des conditions jugées quelque peu difficiles en terme de délais du projet(cf. 2.1 Contexte), l'équipe de formation tire un bilan plutôt positif des formations sur le codage. Elle est un peu plus réservée concernant la partie analyse des échelles et alarmes. L'équipe a déjà commencé à réfléchir à quelques idées d'améliorations pour la suite. Même si les résultats relatifs à l'avis des collaborateurs et collaboratrices sur la formation et l'accompagnement reçus pour le projet pilote rejoint souvent les retours informels reçus par les responsables de projet au cours des formations et du pilote, nous recommandons un partage dès que possible du présent rapport avec l'équipe de projet. Cela lui permettra de valider ou non ses impressions et de baser des changements sur des données objectives, en vue de la préparation des formations dans le cadre du déploiement cantonal.

Les collaboratrices et collaborateurs IR et IE émettent dans l'ensemble un avis globalement plutôt positif sur les premières séances de formation liées au codage mais ont le sentiment assez net de ne pas avoir été assez équipés pour l'analyse des résultats des évaluations iCAtest et leur intégration dans l'élaboration de la prise en charge. Leurs autres critiques sont plutôt axées sur des aspects de forme (timing avec des formateurs pas encore prêts pour répondre à certaines questions, mixité des groupes, etc.), que sur le contenu des formations.

Le suivi au cours du pilote, qu'il s'agisse des ateliers de consolidation, des séances d'accompagnement individuel, de l'appui auprès des CMS ou encore du support métier coRAI, a été apprécié et jugé utile par la majorité des participants et utilisateurs. L'équipe de projet regrette de ne pas avoir pu mettre en place les ateliers et l'accompagnement individuel plus tôt, pour des raisons de calendrier.

La formation à l'outil iEDscreener en elle-même n'a pas posé de difficulté aux IA. Cependant elles ont le plus souvent des difficultés à trouver le sens de cette démarche dans le cadre de leur profession. D'après notre analyse, cela ne remet pas en cause la formation mais pose plutôt question sur des aspects liés à la conceptualisation du projet. La plupart des personnes incluses dans le pilote, tous métiers confondus, s'accordent en effet pour dire que l'iEDscreener ne devrait pas être fait par les IA. Ce point sera discuté dans le rapport final.

Par ailleurs, quelle que soit la vitesse de déploiement du projet au niveau cantonal, et même dans le cadre d'une formation de qualité maximale, il faudra tenir compte d'un temps d'appropriation qui est difficilement compressible, avant de voir le projet fonctionner de façon optimale. Ce point a servi de conclusion à l'entretien avec les directions des A/F et a été également souligné par l'équipe de projet et le groupe des RC. Se référant à leur expérience lors d'autres projets (notamment le projet IRIS), ces personnes ont insisté sur le fait que les changements de culture professionnelle s'opèrent plutôt lentement.

Suite à notre analyse des échanges avec les professionnels quant à la formation et l'accompagnement reçus lors de ce pilote, nous émettons les quelques recommandations suivantes pour les formations futures pour ce projet :

### Améliorer quelques points de contenu

D'avis général dans les focus groups des IR et IE, il est nécessaire d'accorder plus de place et de pratique à l'analyse des échelles et des alarmes. Par ailleurs les retours, dont celui de l'équipe de projet ont fait part du besoin de lier plus les deux parties (codage et analyse) des formations initiales. Cependant, comme énoncé sous 1.1. Contexte, cette rupture était liée au développement des outils et devrait poser moins de problèmes dans le futur.

### Élargir les champs d'application de la pédagogie...

Afin de favoriser l'adhésion à la démarche du projet coRAI, nous suggérons d'intégrer dans les formations les enjeux financiers à long terme. En effet, avant d'être des collaborateurs et des clients, ces personnes sont aussi des citoyens et citoyennes ne percevant pas tous de la même façon les différentes initiatives dans le domaine de la santé notamment à cause de la perception de leurs coûts. Ce point est apparu pendant les focus groups et sera développé dans des aspects plus généraux sur la façon dont le projet est reçu par les collaborateurs et les clients, dans le rapport final. Par ailleurs, toujours dans l'optique de stimuler l'adhésion des collaborateurs, et à travers eux, des clients, la formation devrait expliciter les enjeux de santé publique. Si ce n'est pas déjà le cas, la formation devrait aider les collaborateurs à faire le lien entre la démarche individuelle et la vision populationnelle, tout en explicitant que les effets d'un tel projet sont attendus sur le long plutôt sur le court terme.

### ... tout en veillant à valoriser les compétences cliniques des collaborateurs

Dans la réflexion autour des modalités de déploiement et donc aussi des formations, nous faisons le constat qu'il sera important de veiller à garder un équilibre entre approche systématique et jugement clinique des collaborateurs. Ce point est apparu en focus group et sera développé dans le rapport final.

### Optimiser l'effet des formations par une meilleure planification

Défaite de la contrainte d'un calendrier lié au pilote, l'équipe devrait optimiser la planification des formations futures. Par exemple, comme déjà pensé par l'équipe de projet, le suivi individuel et en atelier devrait être plus rapproché des séances de formations initiales. De plus, ce suivi devra se faire sur le long cours car l'introduction de cette systématisation pour l'ensemble des clients des CMS consiste en un changement de culture pour les collaborateurs des CMS. De même il sera bon d'éviter au maximum de former les collaborateurs juste avant la période estivale afin que les acquis des formations puissent être directement mis en pratique. Par ailleurs, dans la mesure du possible, il serait judicieux de tenir compte des autres projets et formations en cours dans les CMS dans la planification de leur intégration dans le déploiement du projet coRAI, et donc de leur formation, afin d'éviter que les différents projets entrent en concurrence et soient ainsi péjorés.

### Organiser d'autres formations

Les personnes amenées à utiliser seulement un des outils devraient toutes avoir un minimum de connaissance de l'outil qu'elles n'utiliseront pas. Ceci leur permettrait de mieux comprendre et intégrer la globalité et le sens et de la démarche. D'autre part, l'équipe de projet note que selon les modalités de déploiement du projet, il faudra éventuellement faire un travail d'accompagnement pour les personnes qui ne feraient pas d'évaluations mais qui seraient amenées à en utiliser les résultats. Les retours en focus group confirment ce besoin et montrent aussi le souhait que les secrétaires et responsables (ou gestionnaires) opérationnels soient un minimum formés au projet. Enfin une réflexion devrait avoir lieu sur l'intégration des cadres des CMS dans les formations ou l'organisation de formation pour les cadres, afin de les équiper pour pouvoir soutenir leurs équipes.

## 8.6 Evaluation de l'outil interRAI Contact Assessment version test (iCAtest) – Rapport intermédiaire.



Annexe 7

Evaluation coRAI CMS

**Evaluation de l'outil interRAI Contact Assessment version test (iCAtest)**

**Rapport intermédiaire**

28 février 2018 (révisé mars 2018)

### Table des matières

1. Question d'évaluation et objectif de ce rapport.....	3
2. Méthodes.....	3
2.1 Sources.....	3
2.2 Critères de validation des items, alarmes et échelles de l'iCAtest.....	3
3. Résultats.....	4
3.1 Données contextuelles.....	4
3.2 Contenu de l'iCAtest.....	4
3.2.1 Pertinence des items de l'iCAtest.....	4
3.2.2 Aisance de codage des items de l'iCAtest.....	7
3.2.3 Items ou options de codage manquants.....	9
3.2.4 Pertinence des échelles et alarmes de l'iCAtest.....	10
3.2.5 Echelles et alarmes manquantes.....	11
3.3 Profil des clients.....	11
3.3.1 Profil des clients sur les échelles.....	11
3.3.2 Prévalence des alarmes.....	12
3.3.3 Prévalence des items.....	12
4. Apport clinique.....	13
4.1 Identification de problèmes.....	13
4.2 Modification des prestations et de la prise en charge.....	13
5. Synthèse.....	13
5.1 Appréciation des items, échelles et alarmes de l'iCAtest.....	13
5.2 Appréciation générale de l'iCAtest.....	15
5.2.1 Taille et contenu de l'outil.....	15
5.2.2 Population-cible.....	15
6. Conclusion et recommandations.....	15
7. Annexes : Tableaux détaillés.....	17
Tableau 1 : Détail des raisons pour lesquelles certains items sont jugés pas ou peu pertinents.....	17
Tableau 2 : Détail des raisons pour lesquelles certains items sont jugés difficiles à coder.....	21
Tableau 3 : Autres commentaires sur les items de l'iCAtest, par section.....	24
Tableau 4 : Détail des raisons pour lesquelles certaines alarmes ou échelles sont jugées pas ou peu pertinentes.....	26
Tableau 5 : Fréquence des Échelles et Alarmes de l'iCAtest.....	27
Tableau 6 : Fréquence des items de l'iCAtest.....	29

## 1. Question d'évaluation et objectif de ce rapport

L'objectif de ce rapport intermédiaire est d'évaluer l'adéquation de l'interRAI Contact Assessment construit pour le pilote (iCAtest) en répondant aux questions suivantes (Cf. Proposition d'évaluation du projet pilote coRAI CMS, version 5.7.2017):

- S2a. Comment les professionnels jugent-ils le contenu de l'interRAI Contact Assessment (pertinence de chaque item, omissions, prévalence des alarmes, utilité et utilisation des alertes et des échelles pour le plan de soins, etc.) ?
- S2b. Quel est l'avis des professionnels sur l'apport clinique de l'interRAI Contact Assessment et son impact en termes de prestations fournies au client ?
- S2c. Quelle est la prévalence des alarmes au sein des populations non OPAS7, respectivement OPAS7 ?

## 2. Méthodes

### 2.1 Sources

Les informations dans ce rapport se basent sur les sources de données suivantes :

- Enquête du 23/10/17 au 10/11/17 auprès des infirmiers et infirmières référent-e-s (IR) et évaluateurs/évaluatrices (IE), 12 des 13 IR et 8 des 9 IE ont répondu à cette enquête.

Le questionnaire principal concernait leur expérience durant le pilote, notamment le nombre d'évaluations nécessaires pour être à l'aise avec l'iCAtest, la survenue de refus d'évaluations iCAtest par les clients et l'apport clinique (détection/omission de problèmes, orientation pour axes d'intervention).

Un questionnaire spécifique portait sur le contenu de l'interRAI Contact Assessment version test (iCAtest). Pour chacun des 42 items de l'iCAtest, les IR/IE devaient évaluer la pertinence clinique sur une échelle de 0 (absence de pertinence) à 3 (très fort degré de pertinence), et l'aisance du codage de manière dichotomique (oui/non). Pour toute évaluation négative d'un item, soit du fait de sa pertinence absente ou faible, ou du fait d'un codage malaisé, les IR/IE devaient en indiquer la ou les raisons. Une liste de raisons potentielles était proposée, mais les IR/IE pouvaient en ajouter d'autres dans un champ texte libre. La pertinence des résultats de l'évaluation iCAtest, soit les alarmes et les échelles, était aussi évaluée. Une question finale portait sur d'éventuels domaines manquants dans l'iCAtest.

- Focus groups avec des infirmières référentes (IR) (4 sur 5 initialement prévues)<sup>1</sup>, et avec des infirmières évaluateuses (IE) (6)<sup>2</sup>, les 4 et 5 décembre 2017.
- Prévalence des différents items, alarmes et échelles de l'iCAtest, selon les données des 262 clients évalués entre début juin et fin novembre 2017, parmi lesquels 144 clients en demande de soins (OPAS7) et 118 clients en demande d'aide pratique (nonOPAS7), nouvelles demandes et ré-évaluations confondues.

### 2.2 Critères de validation des items, alarmes et échelles de l'iCAtest

Les réponses des IR et des IE sont considérées séparément, afin de tenir compte de leurs formation et pratique d'évaluation différentes préalablement au pilote.

Sur la base de la distribution des résultats et des méthodes de validation de contenu, nous avons considéré qu'il fallait qu'au moins 11 des 12 IR, respectivement l'ensemble des 8 IE, aient estimé l'item/l'alarme/l'échelle comme pertinent (score de 2 ou 3) pour que sa présence ne soit pas remise en question<sup>3</sup>. La même démarche a été appliquée aux résultats de l'évaluation de l'aisance du codage. Pour les items dont la présence ou le codage est remis en question par cette méthode, les raisons principales mentionnées par les professionnelles pour expliquer leur jugement négatif sont indiquées, le détail des raisons figure dans les Tableaux en annexe.

<sup>1</sup> Une infirmière référente prévue par CMS participant au pilote. L'une d'entre elle était absente pour maladie.

<sup>2</sup> Deux infirmières évaluateuses par CMS participant au pilote dans lesquelles des IE étaient impliquées

<sup>3</sup> Seuils déterminés sur la base des données et des propositions contenues dans la publication de MR Lynn, Determination and quantification of content validity, Nursing Research 1985 :382-385.

## 3. Résultats

### 3.1 Données contextuelles

Si les effectifs des infirmiers/infirmières ayant utilisé l'iCAtest pour les évaluations est restreint (13 IR/9IE), le nombre d'évaluations effectuées par chacune de ces personnes entre début juin et fin novembre l'est également. Les IR ont effectué entre 3 et 20 évaluations (médiane 7), les IE entre 5 et 19 (médiane 11). Les IR et IE ont déclaré se sentir à l'aise dans l'utilisation de l'iCAtest après environ 4-5 évaluations (minimum 2 ; maximum 10). Au vu des très petits effectifs de professionnel tant pour les questionnaires que pour les focus groups, il est très délicat de quantifier les informations qui en sont issues. Il s'agit plutôt de restituer les réflexions et expériences des uns et des autres quelle que soit la fréquence à laquelle une proposition ou une opinion est apparue.

Six des 22 professionnels ont été confrontés à un refus complet ou partiel d'évaluation iCAtest par un ou plusieurs clients. Les deux raisons principales étaient que le client ne voyait pas a priori l'intérêt d'une évaluation (notamment parce qu'il s'estimait en bonne santé) ou trouvait les questions trop intrusives. En focus group, les IE ont déclaré que ces refus ne semblaient pas spécifiquement liés à l'outil iCAtest : une situation similaire est observée dans le cadre des évaluations avec le RAI-HCSuisse, tant en ce qui concerne la proportion de clients qui refusent d'emblée l'évaluation que pour le refus de certaines questions.

### 3.2 Contenu de l'iCAtest

La validité du contenu de l'iCAtest a été évaluée en examinant pour chaque item inclus sa pertinence clinique et l'aisance du codage, ainsi que l'omission éventuelle d'items ou d'options de codage et la pertinence des alarmes et échelles issues de l'évaluation iCA. En lien avec cette approche, les résultats concernant la pertinence des items sont d'abord présentés, suivis de ceux relatifs au codage, et de la synthèse des deux dimensions. Viennent ensuite les résultats de l'évaluation de la pertinence des alarmes et échelles.

#### 3.2.1 Pertinence des items de l'iCAtest

Globalement, on constate que la majorité des 12 IR et des 8 IE ont trouvé un fort ou très fort degré de pertinence clinique à la plupart des 42 items inclus dans l'iCAtest, avec une certaine similitude entre l'appréciation par les IR et les IE, bien qu'il y ait plus de variabilité dans les réponses des IR.

Sur la base du seuil défini pour la pertinence de la présence d'un item (au moins 11 IR, respectivement l'ensemble des IE, ayant estimé le degré de pertinence clinique comme fort ou très fort), 31 des 42 items seraient jugés pertinents par les IR et 28 items par les IE. A contrario, 6 items ne sont pas considérés comme pertinents à la fois par les IR et les IE, pour les raisons principales indiquées ci-dessous (voir Tableau 1 en annexe pour les détails), et leur inclusion dans un futur outil pourrait ainsi être remise en question.

- **Consultation aux urgences d'un hôpital au cours des 90 derniers jours** (par exemple, pour traitement ou évaluation) : La raison majoritairement avancée est la redondance avec l'item précédent concernant les hospitalisations, avec lesquelles cette question pourrait être regroupée.

- **Temps écoulé depuis la dernière hospitalisation**. Cet item ne paraît pas apporter d'informations utiles pour déterminer les besoins en aide ou soins.

- **Traitements reçus ou initiés au cours des 3 derniers jours : oxygénothérapie, soins de plaie, thérapie intraveineuse, cathéter intra-vésical**. Cet item semble peu pertinent pour des clients avec demande d'aide pratique uniquement, si de tels traitements étaient mis en place, ils figureraient sans doute dans la demande et seraient probablement liés à des soins en conséquence.

- **Démence : identifier la présence de démence de type Alzheimer ou autre**. Pour les clients avec demande d'aide, les IR ne disposent pas d'informations quant aux diagnostics ou antécédents. Il est peu pertinent de questionner les clients sur de tels diagnostics, car la problématique est délicate et ceux qui auraient ce type de diagnostic ne sauraient pas forcément le restituer. L'absence d'un diagnostic n'empêche pas la prise en soin de clients en tenant compte de leurs problèmes cognitifs.

- **Événement stressant au cours des 90 derniers jours : identifier les événements de vie que la personne considère comme ayant eu un impact majeur sur sa vie au cours des 90 derniers jours (maladie/décès d'un**

**proche/perte logement/finances/...**). Cette question est considérée comme peu appropriée pour les clients avec demande d'aide pratique et il semble difficile de déterminer ce qui est un événement stressant. De plus la limite des 90 jours semble arbitraire pour déterminer ce qui peut influencer la situation actuelle.

- **Lésion post-traumatique : fracture, lésion physique majeure après une agression ou un accident qui ont des répercussions sur les soins ou l'état actuel de la personne.** A nouveau cette question est jugée peu appropriée pour les clients avec demande d'aide pratique. Quant aux clients avec demande de soins, elle pourrait être regroupée avec les hospitalisations, ou soins à donner.

Lors de la construction de l'iCAtest, les responsables de projet de l'AVASAD avaient souhaité ajouter quelques items qui ne figuraient pas dans l'iCA original. Ces 7 items concernent l'audition, les relations sociales, les événements stressants, l'état bucco-dentaire, les activités instrumentales de la vie quotidienne, l'accessibilité du logement, les difficultés financières. On observe qu'excepté les événements stressants, et dans une moindre mesure, les difficultés financières, ces items sont plutôt jugés pertinents d'un point de vue clinique.

Finalement, les réponses des IR ont été mises en lien avec le nb d'iCA effectués. On observe une tendance au fait que les IR ayant fait moins d'évaluations ont plus souvent jugés certains items peu ou pas pertinents. Parmi les items pour lesquels au moins deux IR avaient jugé le niveau de pertinence à 0 ou 1, il s'agissait dans la moitié des cas d'IR ayant effectué peu d'évaluations iCA.

### 3.2.2 Aisance de codage des items de l'iCAtest

Les deux figures ci-dessous indiquent la distribution des réponses des 12 IR et des 8 IE à la question sur l'aisance de codage de chaque item. Globalement, les réponses ne sont pas très différentes d'un groupe professionnel à l'autre.

Environ la moitié des items ont été jugés difficiles à coder par au moins une professionnelle, précisément 19 des 42 items en ce qui concerne les IR et 20 des 42 items chez les IE. La grande majorité de ces items étaient jugés difficiles à coder à la fois par les IR et les IE.

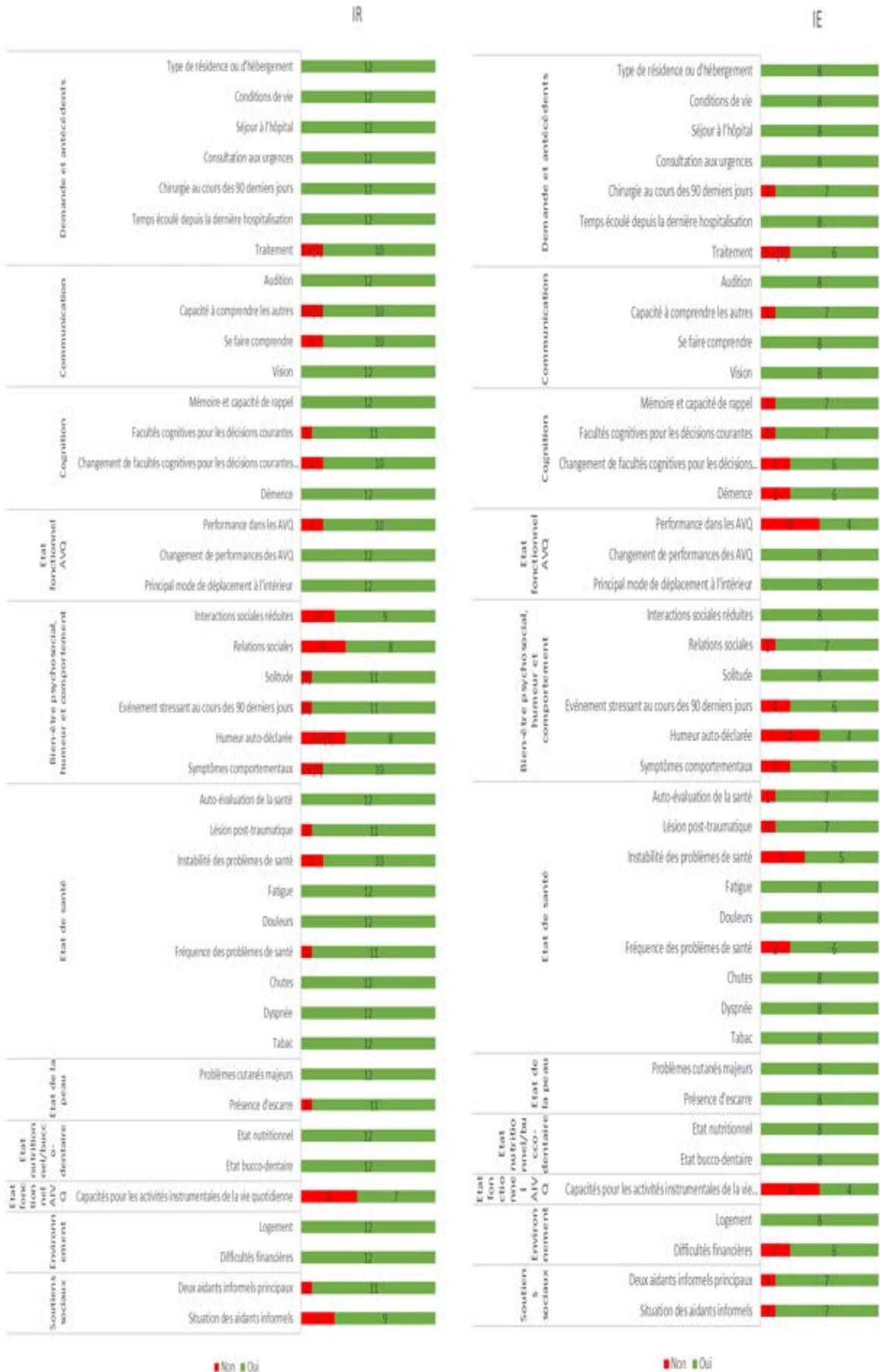
Lorsqu'on applique le seuil de validation défini ci-dessus (minimum 11 IR, respectivement l'ensemble des IE, ayant estimé le codage comme aisé), 12 items sont considérés comme difficile à coder par les IR, tandis que 20 items le sont par les IE. Dix items sont considérés comme difficiles à coder à la fois par les IR et les IE, parmi lesquels l'item relatif aux « Traitements reçus ou initiés au cours des 3 derniers jours » est jugé non pertinent (cf 2.3.1). Ainsi, les problèmes de codage concernent les neuf items listés ci-dessous avec les principales raisons évoquées (voir en annexe le Tableau 2 pour le détail des raisons, et le Tableau 3 pour le détail d'autres commentaires sur les items):

- **Capacité à comprendre les autres** : La formulation des options de codage n'est pas claire, et n'inclut pas tous les problèmes de langage
- **Changement de facultés cognitives pour les décisions courantes par rapport à il y a 90 jours** : il semble difficile d'obtenir des informations permettant de coder l'item
- **Performance dans les AVQ** : Il n'est pas facile de déterminer le pourcentage d'aide reçue par le client, les modalités de réponse sont jugées trop détaillées.
- **Relations sociales** : La formulation de l'item n'est pas claire.
- **Humeur auto-déclarée** : il est difficile pour le client de se définir sur ce point, avec parfois une tendance à minimiser la situation, il est difficile de trouver la modalité de réponse qui corresponde à la situation. A noter que ces questions sur l'humeur sont également considérées comme difficiles à poser dans le contexte d'une évaluation d'un nouveau client.
- **Symptômes comportementaux** : La formulation de l'item n'est pas claire, il est difficile d'obtenir une réponse, et les options de codage ne correspondent pas toujours à la situation du client.
- **Instabilité des problèmes de santé** : La formulation de l'item et de ses options de codage n'est pas claire. Il est difficile de différencier entre les deux sous-questions.
- **Capacités pour les activités instrumentales de la vie quotidienne** : il est difficile d'expliquer au client que l'évaluation ne porte pas sur ce qu'il fait actuellement mais sur ce qu'il pense être capable de faire. Les modalités de réponse sont trop détaillées, il est difficile d'estimer le pourcentage d'aide nécessaire.
- **Situation des aidants informels** : Il semble difficile d'obtenir une information valide sur ce point lorsque les aidants ne sont pas présents. De plus la formulation des options de codage n'est pas claire. La situation est parfois mal représentée par les options de codage, de sorte que l'ajout de détails dans un champ de commentaires est nécessaire.

Soulignons qu'il ne semble pas y avoir de lien entre le nombre d'iCA effectués et les difficultés à coder les items, suggérant qu'elles ne seraient pas attribuables à une expérience pratique limitée. Si les items concernés sont maintenus dans le futur outil, il sera ainsi nécessaire de réfléchir à une modification de leur formulation, ou le cas échéant, de leurs modalités de réponse.

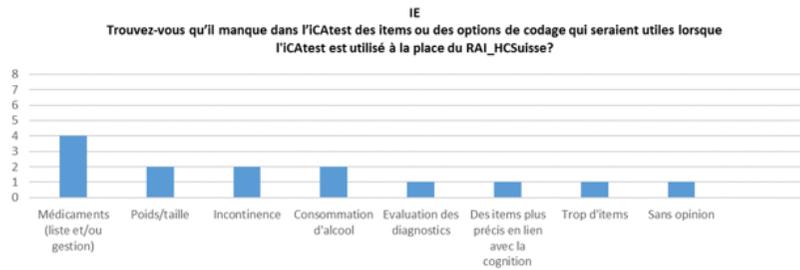
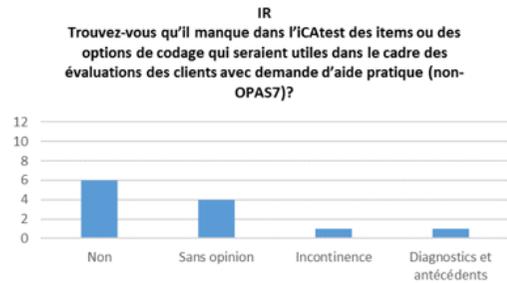
Quant aux items ajoutés sur proposition des responsables de projet à l'AVASAD, ils ne posent proportionnellement pas plus de problèmes de codage que les autres.





### 3.2.3 Items ou options de codage manquants

Concernant les clients en demande d'aide pratique, la moitié des IR a estimé qu'il ne manquait pas d'items ou d'options de codage dans l'iCAtest, une d'entre elles aurait souhaité un item sur l'incontinence, tandis que les diagnostics et antécédents ont été proposés par une IR. En revanche, de l'avis des IE qui utilisaient l'iCAtest à la place du RAI-HCSuisse, plusieurs items manquaient, afin d'évaluer notamment les médicaments, le poids et la taille, l'incontinence, la consommation d'alcool et les diagnostics. En dépit de ce jugement assez contrasté entre les IR et les IE, sans doute lié à leur pratique d'évaluation et à la population de clients dont elles s'occupent, l'outil a plutôt été jugé trop long, tant par les IE que par les IR.



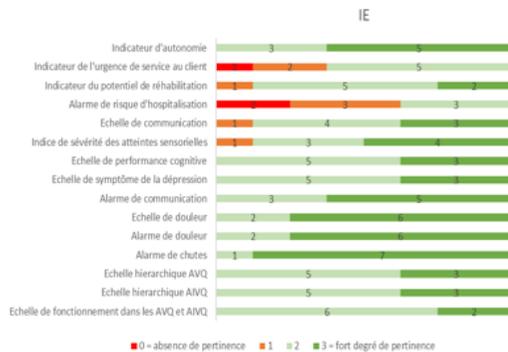
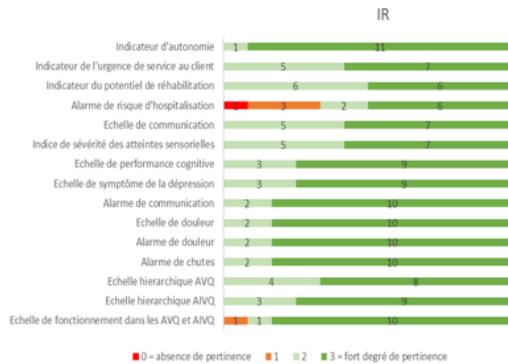
### 3.2.4 Pertinence des échelles et alarmes de l'iCAtest

Comme l'indiquent les deux graphiques ci-dessous, l'évaluation de la pertinence des échelles et alarmes est a priori globalement favorable. Néanmoins, la situation est assez contrastée entre les IR, qui ont parfois jugé comme peu pertinente l'alarme de risque d'hospitalisation uniquement, et les IE. Ces dernières avaient un avis plus critique sur la plupart des alarmes et échelles, leur attribuant moins souvent un fort degré de pertinence. Aussi, cinq échelles ou alarmes sont jugées non pertinentes par ce groupe professionnel (voir Tableau 4 en annexe pour les détails des raisons).

Parmi les IR comme parmi les IE, l'alarme "risque d'hospitalisation" est jugée trop sensible, elle s'active notamment lorsque le client rentre de l'hôpital, même suite à une intervention prévue, et n'apporte ainsi pas d'élément considéré comme utile pour la prise en charge.

Comme dans le cas des items de l'ICA, cette différence d'appréciation entre IR et IE est sans doute à mettre en lien avec leur pratique de l'évaluation et la population évaluée. De plus, lors des focus groups, les IR ont indiqué qu'elles avaient des difficultés à interpréter les alarmes et échelles, ainsi qu'à les lier avec les items, et qu'elles ne les avaient pas utilisées pour la prise en charge, ce qui limite de facto leur capacité à en juger la pertinence. Quant aux IE, leur formation à l'utilisation du RAI-HC Suisse les a habituées à interpréter et exploiter les alarmes, mais pas les échelles. La formation à l'analyse des alarmes et leur utilisation pour la prise en soins du client est une partie de la formation jugée insuffisante par les IR et IE (voir livrable sur les formations du 28/2/2018).

Au vu du souhait du SSP de produire l'échelle de performance cognitive et l'échelle des AVQ dans différents lieux de soins du canton, il s'agira de tenir compte des difficultés constatées pour le codage de la capacité à effectuer des activités quotidiennes qui nourrissent tant l'échelle des AVQ que celle de performance cognitive (capacité à marcher, gestion des finances, gestion des médicaments), et de les modifier dans la mesure du possible. |



### 3.2.5 Echelles et alarmes manquantes

A la question de savoir s'il manquait des alarmes ou échelles à l'iCAtest, la majorité des IR/IE pensait que non, ou n'avait pas d'opinion. Une seule IE a mentionné que les résultats suivants manquaient : Nutrition, hydratation, élimination, et gestion des médicaments.

### 3.3. Profil des clients

Le profil des clients est décrit tout d'abord en fonction des échelles, puis de la fréquence des alarmes. A moins de précisions, les chiffres concernent l'ensemble des clients sans distinction entre clients en demande d'aide (NOPAS7) ou de soins (OPAS7). La prévalence des problèmes identifiés par les items non inclus dans les échelles ou alarmes est ensuite présentée. Le détail des fréquences des échelles, alarmes et items figure dans les Tableaux 5 et 6 en Annexe.

#### 3.3.1 Profil des clients sur les échelles

L'échelle hiérarchique AVQ indique que presque tous les clients (97.7%) sont indépendants pour les AVQ de base. Six clients, dont cinq dans le sous-groupe OPAS7, ont besoin d'aide à des degrés divers, sans atteindre la catégorie de dépendance.

L'échelle hiérarchique AIVQ montre en revanche que la grande majorité des clients (88%) ont besoin de supervision ou d'aide pour ces activités, avec un profil un peu plus favorable chez les clients en demande d'aide (NOPAS7).

Selon l'échelle de performance cognitive, presque deux-tiers (62%) des clients ont un niveau cognitif intact, environ un tiers ont une performance jugée limite, seuls 9 clients (3%) ayant un déclin modéré.

L'échelle d'humeur auto-déclarée montre que presque la moitié des clients ont des symptômes de dépression, légers pour 23% d'entre eux, et sévères chez 5%.

Tous les niveaux de l'échelle de douleur sont représentés : 30% des clients n'ont pas de douleurs, 25% des douleurs non quotidiennes, 30% des douleurs quotidiennes, mais pas fortes, et 14% des douleurs quotidiennes fortes ou atroces.

L'échelle de communication indique des difficultés légères à modérées pour 5% des clients. L'indice de sévérité des atteintes sensorielles montre une déficience légère à modérée chez un peu plus du quart des clients, 4% ayant une déficience auditive et visuelle.

#### 3.3.2 Prévalence des alarmes

L'alarme « Chutes » révèle la présence de facteurs de risque chez 41% des clients, et un antécédent de chute chez 24% d'entre eux.

Le risque d'hospitalisation est jugé élevé chez 38% des clients, et moyen chez 14%.

#### 3.3.3 Prévalence des items

Sont répertoriés tout d'abord les items qui ont rarement identifié un problème chez les clients.

L'item Type de résidence est vide sur la plupart des options de réponse, 91% des clients vivant en logement privé et 8% en logement protégé ou encadré.

La fréquence des items relatifs aux traitements est basse : moins de 5% pour l'oxygénothérapie, la thérapie intraveineuse, le cathéter intravésical, Seuls les soins de plaie sont un peu plus fréquents parmi les clients en demande de soins (15%). Si presque un client sur 5 a des problèmes cutanés, les escarres sont très rares (<1%).

La fréquence à laquelle un diagnostic de démence (Alzheimer ou autre) est rapporté est d'environ 1%, tandis que des symptômes comportementaux sont notés chez 3% des clients.

Les items suivants ont plus souvent identifié un problème dans la population de clients.

Au cours des derniers 3 mois, près de 30% des clients ont fait au moins un séjour à l'hôpital, près de 20% rapportent une consultation aux urgences. L'instabilité des problèmes de santé est constatée chez 19% à 27% des clients. Par ailleurs, une lésion post-traumatique est relevée chez 15% des clients.

Environ un quart des clients ont une fatigue modérée à importante. Par ailleurs, la présence des symptômes (démarche instable/vertiges/douleurs à la poitrine/œdème périphériques/dyspnée) est plutôt élevée, concernant entre 10% et 45% des clients. Quant aux problèmes bucco-dentaires, un quart des clients sont concernés par la sécheresse buccale, et 8% d'entre eux par des difficultés de mastication.

Des problèmes de nutrition concernent globalement environ un client sur six : régime conseillé pour 11%, diminution récente des apports alimentaires chez 13%, perte de poids chez 17%.

Concernant les relations sociales, 24% des clients ont des interactions sociales réduites, 40% ont des relations sociales plutôt rares (remontant à plus de 7 jours), et la solitude affecte 21% des clients.

Des difficultés d'accessibilité à l'intérieur ou à l'extérieur du logement sont rapportées chez environ 10% des clients, une proportion similaire aurait des difficultés financières.

Finalement, les aidants informels seraient ébranlés par la maladie chez 20% des clients, en situation de fardeau chez 8% des clients, et absents pour que 8% des clients.

## 4. Apport clinique

### 4.1 Identification de problèmes

Environ la moitié des IR témoignent que les évaluations iCAtest permettent parfois d'identifier chez les clients des éléments (ressources, besoins ou problèmes) qui ne l'auraient pas été sans cet outil, que ce soit dans le domaine médical, fonctionnel, psychologique, social ou encore financier.

Quant aux IE, la majorité a estimé que cette évaluation pouvait empêcher l'identification de certains besoins, en particulier en lien avec le traitement médicamenteux et sa gestion, ou encore l'incontinence, et bien entendu, dans les cas où le score de l'iEDscreener semblait inadéquat et où une évaluation avec le RAI-HCSuisse semblait de fait plus appropriée.

### 4.2 Modification des prestations et de la prise en charge

Une minorité des IR, environ un quart, estime que l'évaluation iCAtest a parfois conduit à la mise en place de nouvelles prestations pour les clients, ou à une modification de la manière dont ils ont été pris en charge. A contrario les IE sont un peu plus enclins à penser que cela n'a pas été le cas (40% pensent que cela n'a jamais modifié les prestations, 30% que cela n'a pas modifié la prise en charge). Cependant, il n'était pas aisé de répondre à ces questions : au vu de la durée du pilote, il n'y a pas eu assez de temps pour voir ces prestations être mises en place. Par ailleurs, le suivi n'était en général pas fait par les personnes en charge des évaluations.

## 5. Synthèse

### 5.1 Appréciation des items, échelles et alarmes de l'iCAtest

Le tableau ci-après résume pour chaque item sa pertinence, l'aisance du codage de l'item, et sa fréquence. La pertinence et l'aisance du codage sont indiqués par les symboles ✓ ou X. La fréquence de détection de problèmes est représentée par les symboles suivants : - : <5% ; + : 5% à <15% ; ++ : 15% à <25% ; +++ : ≥ 25%, ou NA : non applicable si l'item ne vise pas la détection d'un problème, et que toutes ses modalités sont informatives. Sont indiqués en rouge les items pour lesquels au moins une dimension pose potentiellement problème, la dimension « fréquence » rendant la présence de l'item peu pertinent lorsqu'elle est inférieure à 5%. Seize des 42 items, soit un peu plus du tiers, sont à reconsidérer en raison d'un manque de pertinence, de difficultés de codage ou d'une fréquence très faible.

Items	Pertinence	Codage	Fréquence	Commentaire
Type de résidence/hébergement	✓	✓	NA	NB : Options de réponse vides
Conditions de vie	✓	✓	NA	
Séjour à l'hôpital	✓	✓	+++	
Consultation aux urgences	X	✓	++	
Chirurgie (90 derniers jours)	✓	✓	++	
Temps depuis la dernière hospitalisation	X	✓	NA	
Traitements (3 derniers jours)	X	X	-	
Audition	✓	✓	++	
Comprendre les autres	✓	X	+	
Se faire comprendre	✓	✓	+	
Vision	✓	✓	+	
Mémoire et capacité de rappel	✓	✓	+++	
Facultés cognitives (décisions courantes)	✓	✓	+	
Changement de facultés cognitives	✓	X	+	
Démence	X	✓	-	
Performance dans les AVQ	✓	X	-	Echelle AVQ: 3% dépendants
Changement de performance des AVQ	✓	✓	++	
Mode de déplacement à l'intérieur	✓	✓	++	
Interactions sociales réduites	✓	✓	++	
Relations sociales	✓	X	+++	
Solitude	✓	✓	++	
Événement stressant (90 derniers jours)	X	✓	+++	
Humeur auto-déclarée	✓	X	+++	
Symptômes comportementaux	✓	X	-	
Auto-évaluation de la santé	✓	✓	+++	
Lésion post-traumatique	X	✓	++	
Instabilité des problèmes de santé	✓	X	+++	
Fatigue	✓	✓	++	
Douleurs	✓	✓	+++	
Fréquence des problèmes de santé	✓	✓	+ à +++	selon le problème considéré
Chutes	✓	✓	++	
Dyspnée	✓	✓	++	
Tabac	✓	✓	+	
Problème cutanés majeurs	✓	✓	++	
Escarres	✓	✓	-	
Etat nutritionnel	✓	✓	+	
Etat bucco-dentaire	✓	✓	++	
Capacités pour les AIVQ	✓	X	+++	Echelle AIVQ : > 60% dépendants
Logement	✓	✓	+	
Difficultés financières	✓	✓	+	
Deux aidants informels principaux	✓	✓	+	
Situation des aidants informels	✓	X	+ à ++	

Le tableau ci-après synthétise pour chaque échelle ou alarme sa pertinence et la fréquence avec laquelle l'alarme ou échelle détecte un problème. A nouveau, une « fréquence » inférieure à 5% rend l'échelle ou alarme potentiellement peu informative. Une des sept échelles et deux des huit alarmes sont à supprimer ou modifier selon ce constat.

Echelles et alarmes	Pertinence	Fréquence	Commentaire
Échelle hiérarchique AVQ	✓	-	
Échelle hiérarchique AIVQ	✓	++	
Echelle de fonctionnement dans les AVQ et les AIVQ	✓	+++	
Echelle de performance cognitive	✓	+++	
Echelle de symptômes de la dépression	✓	+++	
Echelle de douleur	✓	+++	
Echelle de communication	✓	+	
Alarme de communication	✓	-	
Alarme de risque d'hospitalisation	X	+++	
Alarme de douleur	✓	+++	
Alarme de chutes	✓	+++	
Indicateur d'autonomie	✓	++	
Indicateur du potentiel de réhabilitation	✓	+++	
Indicateur de l'urgence de service au client	✓	+++	
Indice de sévérité des atteintes sensorielles	✓	+++	

## 5.2 Appréciation générale de l'iCAtest

### 5.2.1 Taille et contenu de l'outil

Globalement, les IR et IE souhaitent un outil plus court et plus simple. Certains items sont jugés trop intrusifs pour des situations simples. Néanmoins, les IR en voient l'utilité pour identifier des problématiques comme les troubles cognitifs débutants, les problèmes financiers ou l'isolement, et pour initier la discussion sur la base des alarmes. Les IE lui trouvent l'avantage d'être plus facile à faire accepter aux clients pour les réévaluations. En parallèle, les IR et IE ont exprimé en focus group le besoin d'avoir des informations sur des domaines qui ne sont pas inclus dans l'iCAtest, au cas par cas en fonction de la situation du client et souhaitent qu'il y ait la possibilité de compléter l'iCAtest par l'évaluation d'autres domaines lorsque cela semble pertinent, en s'appuyant sur leur expérience professionnelle. A noter que les IE reconnaissent cette limite au RAI-HCSuisse également. L'ajout d'items à l'iCAtest n'est pas souhaité, car cela n'en ferait plus un outil suffisamment différent du RAI-HCSuisse. Le souhait d'un outil extensible pour palier à ce problème a été exprimé tant par les IR que par les IE.

### 5.2.2 Population-cible

La population à laquelle l'iCAtest s'adresse est aussi questionnée : certaines IE ont suggéré qu'il soit utilisé seulement chez les clients en demande d'aide pratique, ou dans le cadre des ré-évaluations de clients avec soins. Quant aux IR, elles ne le jugent pas forcément nécessaire pour tous les clients en demande d'aide pratique, notamment les plus jeunes et ceux dont la demande d'aide est ponctuelle.

## 6. Conclusion et recommandations

L'appréciation des professionnels est plutôt bonne, même si l'outil est jugé plutôt trop long et que certains items sont à ré-examiner, qu'il s'agisse de leur présence, de leur formulation ou de leurs modalités de codage. Il est à noter que l'appréciation des items et des alarmes et échelles dépend aussi de l'utilité que les professionnels perçoivent dans leur pratique. Dans le contexte très court du pilote, la formation reçue n'a pas permis aux professionnels d'intégrer l'utilisation des alarmes et échelles dans l'élaboration du plan de prise en charge des clients. De même, certaines modalités définies pour le pilote ont pu influencer l'appréciation de l'outil par les professionnels. Il s'agit en particulier le choix du type de professionnels chargés des évaluations chez les clients en demande d'aide pratique et celui d'un seuil de score AUA

<4 déterminant l'évaluation par l'iCAtest des clients recevant des soins. Ces aspects seront discutés plus en profondeur dans le rapport final, afin de pouvoir tenir compte de l'ensemble des analyses.

Quelques points sont à souligner dans le contexte de l'élaboration du futur outil :

- La première étape devra être celle du choix des items à conserver, en tenant compte des contraintes de la compatibilité avec le nouvel outil check-up développé par interRAI, pressenti comme candidat pour remplacer l'iCA qui a servi de base à l'outil testé durant le pilote.
- Ce choix initial devra viser la parcimonie, l'iCAtest étant considéré comme trop long, trop proche de l'outil complet RAI-HCSuisse. Il devra néanmoins tenir compte du souhait du SSP de conserver l'échelle de performance cognitive et l'échelle des AVQ.
- Au vu de la perception que l'iCAtest est trop long, mais que certains domaines d'évaluation sont néanmoins manquants, le souhait des professionnels de disposer d'un outil plus modulable devrait être entendu afin d'orienter les démarches d'évaluation dans ce sens.
- Par ailleurs, les modalités de codage des items devront être considérées avec attention. Globalement, une simplification des options de réponse permet aussi d'aboutir à un outil moins lourd, de passation plus rapide. La modification des modalités de codage devra respecter deux contraintes principales. D'une part, celle de garantir la compatibilité interRAI. D'autre part, celle de la production de l'échelle de performance cognitive et de l'échelle des AVQ. En effet, l'item « capacité à effectuer des activités quotidiennes » est jugé difficile à coder selon les modalités de réponse très détaillées utilisées lors du pilote. Or, cet item entre dans la construction de l'échelle des AVQ ainsi que dans celle de performance cognitive (capacité à marcher, gestion des finances, gestion des médicaments).
- Finalement, la redondance de certains items contenus dans l'iCAtest avec d'autres informations documentées dans le système informatisé de l'AVASAD (notamment aspects administratifs, mais aussi soins et traitements), sera améliorée dans le cas où cet outil est directement intégré dans le système.
- Même si la plupart des échelles et alarmes ont été jugées pertinentes, une certaine redondance a été notée entre l'échelle combinée de fonctionnement dans les AVQ et AIVQ et les échelles spécifiques à ces deux dimensions, qui sont peut-être plus facilement interprétables.
- Les aspects d'utilisation des alarmes et échelles dans la prise en charge clinique devront être abordés plus profondément, non seulement lors de la formation initiale, mais par une formation accompagnante et continue.
- Il est souhaitable d'intégrer des professionnels du terrain, chargés d'effectuer les évaluations au moyen du futur outil, dans les groupes de travail chargés de sa construction.

## 7. Annexes : Tableaux détaillés

Tableau 1 : Détail des raisons pour lesquelles certains items sont jugés pas ou peu pertinents

Items	NB référents /12	Raisons évoquées chez les référents (non-édités)	NB évaluateurs /8	Raisons évoquées chez les évaluateurs (non-édités)
Type de résidence ou hébergement au moment de l'évaluation	1	- Au CMS, nous savons que le lieu de résidence est un lieu non médicalisé, le fait que ce soit une maison, un appartement ou un appartement protégé ne change rien pour la demande d'aide pratique.	0	-
Consultation aux urgences	2	- Il est déjà stipulé dans l'item précédent - il s'agit d'un CO RAI avec un screener max à 3 , donc pas néc de développer cela.	4	- Cet item ne permet pas de déterminer des problématiques de soins, ce n'est pas parce que la personne s'est rendue aux urgences que sa situation est plus compliquée. Je trouve que l'item hospitalisation est suffisant pour déterminer le niveau de risque. - Cela se regroupe avec l'hospitalisation et pourrait être inclus dans le même item. - Je pense que ce type de problématique doit être géré et régler lors du retour du client des urgences et non lors d'un évaluation a une période donnée. - ne nous est pas utile. Nos clients sortent de toute façon de l'hôpital
Chirurgie au cours des 90 derniers jours	1	- idem réponse précédente (il s'agit d'un CO RAI avec un screener max à 3 , donc pas néc de développer cela.)	4	- Pas très pertinent, car la chirurgie non plus n'est pour moi pas un indicateur très pointu de la problématique d'une situation, surtout chez une personne âgée. - Cela se regroupe avec l'hospitalisation et pourrait être inclus dans le même item. - on le sait en fonction des diagnostics donc c'est une répétition - je pense que les 30 derniers jours seraient suffisant
Temps écoulé depuis la dernière hospitalisation	2	- Si le temps écoulé est long le rapport avec la demande d'aide pratique risque d'être faible ... mais l'inverse peut aussi être vrai ... c'est parce que le temps écoulé est long que la demande d'aide pratique devient nécessaire car pas d'amélioration... Ca ressortira dans l'évaluation dans un autre item. - Nous optenons souvent les réponses aux item 3 et 4	1	- on peut calculer soit même en fonction des besoins en fonction de séjour à l'hôpital. - Dans les SCREENER entre 1-3, très peu de situations de ce type, donc selon moi ces critères médicaux ne sont pas fondamentaux pour une évaluation infirmière. - Ou s'arrête la notion de chirurgie ? Si la personne a subi l'ablation d'un grain de beauté p. ex., doit-on coder oui ? Est-ce excessif? - Je comprends peu l'intérêt de ce type d'informations. Les personnes sous O2 dans les 3 derniers jours, qui sont a domicile, sont les personnes ayant des condensateurs a la maison et utilisant quotidiennement de l'O2. Je ne vois pas l'intérêt d une question de ce type dans une évaluation de suivi. Ceci doit etre

				<p>traité lors des soins hebdomadaires. Idem pour intraveineuse, et les SV.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les données utiles lors d'un séjour à l'hôpital sont connus donc pas néc. de les redemander. Cela peut être rajouté en commentaire si important.</li> </ul>
Traitement	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour la plupart du temps, le type de client chez qui nous allons faire l'évaluation, la réponse à ses questions est négative. En sachant que l'oxygénothérapie et le cathéter intra-vésical n'entrent pas en compte dans le calcul des échelles et alarmes.</li> <li>- Car si ce type de ttt était mis en place, nous le saurions car aurions probablement une demande d'aide dans ce sens.</li> <li>- L'idée est bonne pour déceler des problématiques, mais pour des situation non lamal (aide au ménage, repas) lors de toutes mes évaluations les réponses ont été non</li> <li>- sans réponse</li> </ul>	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si pas d'hospitalisation, pas de chirurgie, pas de consultation aux urgences --&gt; question pas pertinente.</li> </ul>
Capacité à comprendre les autres	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les clients non opas sont des clients autonome et indépendant</li> <li>- Sans réponse</li> </ul>	0	
Se faire comprendre	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sans réponse</li> </ul>	0	
Vision	0		1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sans réponse</li> </ul>
Changement de facultés cognitives pour les décisions courantes par rapport à il y a 90 jours	0		2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je trouve qu'il serait plus pertinent d'évaluer les facultés cognitives plus précisément plutôt que de simplement savoir si elles se sont modifiées. Dans le cas ou la réponse est oui, une investigation est nécessaire.</li> <li>- Difficile d'avoir 1 réponse ??? chez une personne présentant des trbles, il faudra voir avec l'entourage et si pas de trbles pas besoin d'avoir cette question</li> </ul>
Démence	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En évaluation Co-Rai, nous n'avons pas de diagnostics ou d'antécédents. Je ne trouve pas pertinent de demander un diagnostic d'Alzheimer ou de démence à quelqu'un qui, susceptiblement, si il y avait un tel diagnostic ne saurait pas le restituer.</li> <li>- Un client dément nécessite une évaluation complète.</li> </ul>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Souvent pas de diagnostic établi, ce qui n'empêche pas la prise en soin de la personne et d'établir des objectifs.</li> </ul>
Interactions sociales réduites	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- On est dans une demande d'aide qui ne nécessite pas tout ce questionnement. J'ai eu l'impression d'être intrusive et cela n'a pas de sens dans cette démarche ....</li> </ul>	0	-
Relations sociales	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- idem que réponse précédente (On est dans une demande d'aide qui ne nécessite pas tout ce questionnement. J'ai eu l'impression d'être intrusive et cela n'a pas de sens dans cette démarche ....)</li> </ul>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- une seule question sur comment se sent la personne moralement serait suffisant.</li> </ul>

Solitude	1	- pas approprié pour un CO RAI	0	-
Événement stressant au cours des 90 derniers jours	2	- Je trouve difficile de déterminer ce qui est un événement stressant et ce qui le l'est pas. - pas approprié pour un Co RAI	1	- Elle est un peu au milieu de rien cette question et là on a oui ou non...
Humeur auto-déclarée	1	- pas approprié pour une évaluation pour de l'aide souvent pratique demandée	2	- Trop difficile la plupart du temps pour la personne de se définir par un seul mot ou une émotion; trop intrusif et à risque de destabiliser la personne. - ...
Symptômes comportementaux	2	- De tous les sujets interrogés, je n'ai jamais trouvé une pertinence à cet item. - pas approprié pour une demande d'aide non médicalisée	0	-
Lésion post-traumatique	2	- Je trouve peu pertinent cette item dans des situation d'évaluation non lamal. - Sans réponse	3	- Cela peut être regroupé sous un autre item, hospitalisation et autre soins reçus. - pas utile - trop vague et depuis qd?
Instabilité des problèmes de santé	1	- Je trouve difficile avec l'expérience que j'ai faite jusqu'à maintenant de faire des liens entre les problèmes de santé existants. Je trouve que nous balayons déjà suffisamment large avec les autres items.	2	- Je ne comprends pas le but, ni le sens de cette question. Elle est beaucoup trop complexe et je ne vois pas ce qu'elle apporte à l'analyse. - trop intrusif pour un premier entretien
Fréquence des problèmes de santé	1	- La fréquence n'est a priori pas le moteur de la demande d'aide pratique.	0	-
Tabac	2	- aucune interaction avec la demande d'aide pratique. La chartre du CMS parle du tabac et de l'attitude à avoir en présence du collaborateur. - Le sujet peut être abordé avec la dyspnée s'il nous semble problématique	0	-
Problème cutanés majeurs	1	- cela doit être identifié lors du sreenner , si oui, cela doit être un RAI et non un co rai qui doit être fait???	0	-
Escarres	2	- Idem réponse précédente (cela doit être identifié lors du sreenner , si oui, cela doit être un RAI et non un co rai qui doit être fait???) - Sans réponse	0	-
Etat bucco-dentaire	0	-	1	- question b et c suffisent
Difficultés financières	1	- pas toujours évident d'aborder le sujet suivant les situations notamment	3	- C'est souvent un sujet délicat, à ne pas aborder dans un 1er entretien, car risque de terminer l'entretien de manière abrupte. - peut être discuté plus tard une fois la relation établie - question un peu abrupte pour une 1 ère prise de contact...
Situation des aidants	2	- Si les aidants n'arrive pas a apporter leur aide il est quasi évident qu'ils sont dépassé par la situation. - il est important de pouvoir les nommer,	0	

Tableau 2 : Détail des raisons pour lesquelles certains items sont jugés difficiles à coder

Items	NB IR /12	Raisons évoquées chez les référents (non-édités)	NB IE /8	Raisons évoquées chez les évaluateurs (non-édités)
Chirurgie au cours des 90 derniers jours	0		1	- La formulation de l'item n'est pas claire
Traitement	1 + [1]	- La formulation des options de codage n'est pas claire - [Autre : pas nécessaire chez les patients non OPAS]	1 + [1]	- trop détaillé - [je ne vois pas l'utilité de redemander ces items que l'on aura déjà +/- sur le DMST]
Capacité à comprendre les autres	1 + [1]	- La formulation des options de codage n'est pas claire - [Autre : Pas besoin car on l'observe lors de l'évaluation]	1	- Tous les problèmes de langues ne sont pas concernés, pourtant c'est un problème pour réaliser des soins dans de bonnes conditions.
Se faire comprendre	2	- La formulation des options de codage n'est pas claire - Autre : on le découvre lors du RAI	0	-
Mémoire et capacité de rappel	0		1	- Autre : l'interprétation des réponses est difficile dans ce domaine
Facultés cognitives pour les décisions courantes	1	- Autre : Pas toujours aisé de confronter le client à ses propres difficultés.	1	- Autre : l'interprétation des réponses est difficile dans ce domaine
Changement de facultés cognitives pour les décisions courantes par rapport à il y a 90 jours	2	- Autre : pas toujours facile à évaluer - Difficile à évaluer si le client n'a eu jusqu'à maintenant qu'une évaluation ménage	2	- Autre : l'interprétation des réponses est difficile dans ce domaine - Il est difficile d'obtenir les infos sur ces items de façons claires. Hormis dans les cas présentant un troubles aigu créant cela les gens ne savent pas quoi nous répondre
Démence	0	-	2	- Il n'y a pas d'option de codage qui corresponde à la situation du client + autre : Souvent pas de diagnostic établi - la question est délicate à poser dans des situations où les personnes sont la plupart du temps indépendante
Performance dans les AVQ	2	- Autre : Lorsque le client ne fait pas tout de façon autonome et qu'il reçoit de l'aide. Il n'est pas facile de déterminer le pourcentage d'aide qu'il reçoit. Cela change-t-il beaucoup les alarmes entre aide considérable et aide maximale? - Autre : Difficile de faire la part entre le plus et le moins de 50%	4	- La formulation des options de codage n'est pas claire (2) - Autre : l'évaluation de la compétence réelle me semble plus intéressante - Autre : trop d'item il faudrait simplifier
Interactions sociales réduites	3	- La formulation de l'item n'est pas claire (2) - La formulation des options de codage n'est pas claire (1)	0	-
Relations sociales	4	- La formulation de l'item n'est pas claire (2) - Autre : La question nécessite d'être lu avant d'être posé car possibilité de la comprendre à l'envers. - Autre : trop de précisions demandées.	1	- le A ???c'est quoi l'humeur qui est manifestée... et pour le b et c cela devrait être mis ensemble pas devoir posé 2 questions différentes
Solitude	[1]	- [Autre : pas approprié pour un CO RAI]	0	-
Événement stressant au cours des 90 derniers jours	[1]	- [Autre : idem précédent (pas approprié pour un CO RAI)]	2	- La formulation de l'item n'est pas claire - Autre : Pleins d'évènements influe sur la vie de nos clients en dehors des 90 derniers jours sans que cela puisse être documenté.
Humeur auto-déclarée	3 + [1]	- La formulation de l'item n'est pas claire (1) - Autre : Difficile pour le client de se projeter et de comprendre la question - Autre : difficile d'obtenir une réponse	4	- La formulation des options de codage n'est pas claire (1) - Il n'y a pas d'option de codage qui corresponde à la situation du client (1)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autre : peu naturelle comme façon d'aborder la question</li> <li>- [Idem précédent ( pas approprié pour un CO RAI)]</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autre : Difficile pour la personne de se définir</li> <li>- Autre : Les personnes minimisent et il est difficile de savoir clairement ce qu'il faut codé.</li> <li>- Autre : idem qu'avant ( ? Elle est un peu au milieu de rien cette question et là on a oui ou non... )</li> </ul>
Symptômes comportementaux	1 + [1]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autre : difficile d'obtenir une réponse</li> <li>- [Idem précédent ( pas approprié pour un CO RAI)]</li> </ul>	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La formulation de l'item n'est pas claire (1)</li> <li>- Il n'y a pas d'option de codage qui corresponde à la situation du client (1)</li> </ul>
Auto-évaluation de la santé	0	-	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autre : difficile de se prononcer pour la plupart des personnes. Apport dans le rapport ? Qu'influence cet algorithme?</li> </ul>
Lésion post-traumatique	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La formulation des options de codage n'est pas claire</li> </ul>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autre :L'ambiguïté reste présente pour les lésions post traumatiques de tpeye psychologiques qui sont parfois plus importante que les physique</li> </ul>
Instabilité des problèmes de santé	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La formulation des options de codage n'est pas claire(1)</li> <li>- Autre : impossible de comprendre cet item et surtout d'y répondre.</li> </ul>	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La formulation de l'item n'est pas claire (2)</li> <li>- La formulation des options de codage n'est pas claire (2)</li> <li>- Les indications du manuel d'utilisation ne sont pas claires(1)</li> </ul>
Fréquence des problèmes de santé	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autre : mauvaise compréhension du client</li> </ul>	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autre : Difficultés de faire la différence entre le chronique et l'aigu</li> <li>- Autre : trop détaillé</li> </ul>
Escarre	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- escarre = état cutané</li> </ul>	0	-
Etat fonctionnel AIVQ	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La formulation de l'item n'est pas claire (1)</li> <li>- La formulation des options de codage n'est pas claire (1)</li> <li>- Autre : Difficile de faire la différence entre aide considérable et aide maximale.</li> <li>- Autre : Difficile d'expliquer au client que ce n'est pas ce qu'il fait actuellement dont on parle mais ce qu'il pense être capable de faire.</li> <li>- Autre : Difficulté d'évaluer le pourcentage d'aide nécessaire</li> </ul>	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autre : Très subtile, difficile</li> <li>- Autre : la différenciation entre capacité et performance est peu claire. Confusion systématique avec le RAI-HC</li> <li>- Autre : trop détaillé , trop d'items</li> <li>- Autre : faire plus simple</li> </ul>
Difficultés financières	0	-	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'y a pas d'option de codage qui corresponde à la situation du client (1)</li> <li>- Autre : Les personnes ont l'impression que nous entrons "trop" dans leur intimité parfois</li> </ul>
Deux aidants informels principaux	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La formulation des options de codage n'est pas claire</li> </ul>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autre : il faudrait pouvoir préciser qui est l'aidant 1 et l'aidant 2 car si on retourne dans l'évaluation qq jours plus tard, on ne se souvient pas, à moins de l'avoir noté en remarque</li> </ul>
Situation des aidants informels	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La formulation des options de codage n'est pas claire (1)</li> <li>- Autre : Difficile parfois de savoir ce que les proches aidants pensent vraiment s'ils ne sont pas présents.</li> <li>- Autre : Comme la question est posée à la personne et pas aux aidants, la réponse peut-être différente de celle que l'aidant donnerait</li> </ul>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autre : Sans pouvoir leur parler directement, il est souvent délicat de documenter cet item</li> </ul>

Les chiffres entre (..) indiquent le nombre de réponses correspondant à cette option

Les [ ] signifient que la raison correspondant à cette réponse semble plutôt relever de la pertinence que du codage.

Tableau 3 : Autres commentaires sur les items de l'iCAtest, par section

SECTION	Commentaires référents (non-édités)	Commentaires évaluateurs (non-édités)
DEMANDE ET ANTÉCÉDENTS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je suis navrée, mais je ne comprends pas la question.</li> <li>- Souvent pour des demandes de prestations non OPAS 7 nous n'avons que très peu d'informations médicales, et cela peut être éprouvant pour la personne de tout nous raconter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contexte et habitudes de vie.</li> <li>- thérapie sous-cutanée pas comprise dans les traitements ?</li> <li>- La section 4 est-elle vraiment utile vu qu'on en parle déjà à la section 7?</li> </ul>
COMMUNICATION ET VISION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficile de faire la part entre la langue maternelle dui client et la capacité de celui ci à comprendre ou à se faire comprendre. Difficile de ne pas mélanger les 4 items</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacités sensorielles</li> <li>- Lorsque l'on est heurté à la barrière linguistique, il est toujours difficile de savoir ce qui ne permet pas la compréhension... Est-ce dû à la langue étrangère pour la personne ou à un début de troubles cognitifs ? L'ajout d'un item concernant l'utilisation de la langue maternelle permettrait de nuancer ces données...</li> <li>- dans l'ensemble je pense qu'on peut simplifier la codification car il y a toujours les remarques qui sont + pertinentes qu'un codage</li> </ul>
COGNITION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chez les jeunes patients, les questions de démence ne sont pas vraiment pertinentes.</li> <li>- Je suggère une échelle pour les troubles de mémoire. Pas seulement oui/non. Car les sujets interrogés sont sur différents niveaux.</li> <li>- Ce n'est pas simple d'aborder ce sujet chez des patients jeunes qui demande simplement l'aide au ménage.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'y a pas toujours de diagnostic de démence, trouble cognitif avec une remarque serait selon moi plus adapté.</li> <li>- Capacités mnésiques.</li> <li>- L'item de la cognition reste une question difficile à interpréter (dans le RAI-HC également). Il est difficile d'être entièrement objectif pour répondre à ces notions, surtout en l'absence d'entourage, ce qui est très souvent le cas dans les situations de RAI-CA</li> <li>- "Réduire" les facultés cognitives à sa mémoire récente, sa prise de décisions et la présence d'une démence est un peu sommaire selon moi et c'est une problématique que nous rencontrons de plus en plus même si des atteintes sont plus importantes que d'autres.</li> <li>- une seule question suffirait pour la démence. Oui ou non et spécifier ds commentaire si le diagnostic est posé ou pas.</li> </ul>
ETAT FONCTIONNEL AVQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Serait-il possible de changer les intitulés pour aide considérable et aide maximale. Il est difficile de déterminer parfois si la personne reçoit moins ou plus de 50% d'aide</li> <li>- Il y a beaucoup de questions qui vont dans le même sens. Je pense qu'on pourrait supprimer la b ou la c par exemple. Tout en sachant que l'on peut préciser comment la personne a l'habitude de faire sa toilette.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ces items prennent bcp de temps pour que la personne comprenne bien et donc donne la réponse au plus près de ses problèmes.</li> <li>- comment évaluer le 50% d'une activité ?</li> <li>- trop de sous-thèmes, trop détaillé . Cela rend compliqué le questionnement.</li> </ul>
BIEN-ETRE PSYCHOSOCIAL, HUMEUR ET COMPORTEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les items "relations sociales", je ne comprends pas comment coder.</li> <li>- Très difficile pour quelqu'un de répondre s'il se sent triste, sans espoir, 1x par jour, 1x tous les 2 jours. Idem pour la question 5a.</li> <li>- Je trouve cette section très intéressante. Elle nous permet de passer en revue des éléments peu abordés.</li> <li>- idem au précédent ( ? pas approprié pour un Co RAI ?)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de suggestions.</li> <li>- très intéressant d'avoir l'item événement stressant.</li> <li>- Événement stressant : trop large, à préciser</li> <li>- Symptômes comportementaux : possible de créer une item porte si on y répond oui, de pouvoir les coder ?</li> </ul>
ETAT DE SANTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour l'instabilité des problèmes de santé, je trouve qu'il manque un espace où les diagnostics ou les antécédents seraient mentionnés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est ce qui est le plus pertinent pour moi dans les situations de SCREENER 1-3, qui permet de brosser un tableau de la personne adéquat.</li> <li>- La notion de consommation d'alcool n'est pas abordée.</li> <li>- Les personnes interrogées sont souvent indécises. Est-ce dû aux possibilités de réponses trop importantes ?</li> <li>- La notion d'alcool n'est pas abordée</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- oui ou non suffit après on peut compléter avec des commentaires</li> </ul>
ETAT DE LA PEAU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si problèmes cutanés majeurs, je pense que l'escarre sortirait.</li> <li>- idem réponse précédente (cela doit être identifié lors du screening, si oui, cela doit être un RAI et non un co rai qui doit être fait???)</li> <li>- Difficulté à obtenir des infos quand la demande par ex seulement pour du ménage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de suggestion.</li> <li>- on devrait mettre problème cutané et détaillé au niv commentaire</li> </ul>
ETAT NUTRITIONNEL/BUCCO-DENTAIRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté à obtenir des infos quand la demande est pour du ménage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le poids et la taille devrait être rentré pour avoir 1 mesure de référence.</li> <li>- Egalement pertinent pour anticiper sur problématique future.</li> <li>- Un item pour inscrire le poids de la personne pourrait adéquat dans la démarche de perte de poids.</li> <li>- Souvent délicat comme sujet et il y un fossé entre ce qu'actuellement nous estimons être une hygiène dentaire correcte et la vision des clients que nous rencontrons sur le sujet (population rurale, etc)</li> <li>- état de la bouche peut être revu plus tard que lors d'un premier entretien</li> <li>- peut-être que bouche sèche est de trop</li> </ul>
ETAT FONCTIONNEL AIVQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escaliers: avec préparation, supervision....pas claire comme formulation</li> <li>- Beaucoup trop de place au suggestif. Codage pas suffisamment précis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beaucoup de nuances difficiles à faire comprendre au client, prend bcp de temps.</li> <li>- Difficultés de codage pour la gestion des médicaments</li> <li>- Pour les repas, je trouve dommage que la qualité de l'alimentation ne soit pas prise en compte.</li> <li>- bien plus clair de le RAI MDS</li> </ul>
ENVIRONNEMENT	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de suggestions</li> <li>- Cela est très bien d'avoir intégré la notion de la situation financière de la personne.</li> </ul>
SOUTIENS SOCIAUX	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 b pas forcément nécessaire à mon avis.</li> <li>- Trop de mélange entre l'aidant 1 et l'aidant 2. On questionne sur l'aidant 1 puis le 2 pour revenir à l'aidant 1....</li> <li>- Pourquoi seulement 2, les clients ayant 3 enfants auraient voulu mettre les 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La question concernant si l'aidant naturel vit avec le client depuis plus de 6 mois est un peu décalée vu le type de population principal du CMS. Cela est très rare qu'il vive avec le client depuis moins de 6 mois.</li> <li>- Pour moi, pas adéquat de demander où habitent les aidants.</li> <li>- pas facile d'avoir ce genre de réponse au départ, intrusif</li> </ul>

Tableau 4 : Détail des raisons pour lesquelles certaines alarmes ou échelles sont jugées pas ou peu pertinentes

Items	NB référents /12	Raisons évoquées chez les référents (non-édités)	NB évaluateurs /8	Raisons évoquées chez les évaluateurs (non-édités)
Indicateur de l'urgence de service au client	0		3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- je n'en comprends pas l'utilité puisque cela a déjà été testé par l'iEd screener</li> <li>- pas utile ds des soins à domicile. Tout le monde doit être sur le même pied d'égalité. Nous ne sommes pas un service d'urgence</li> <li>- sans réponse</li> </ul>
Indicateur du potentiel de réhabilitation	0		1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- peu utile. Les gens savent nous dire si ils se sentent capable de progresser ou pas.</li> </ul>
Alarme de risque d'hospitalisation	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'alarme "risque d' hospitalisation" ressort trop vite selon les réponses à certains items et ne correspond pas à la réalité ... Cette alarme reflète le coté "hospitalier" du soignant et ne tient pas compte de la réalité "maintien à domicile"</li> <li>- Ceci alarme les clients, alors que cette icône est très sensible, il suffit qu'il rentre de l'hôpital pour qu'elle s'allume</li> <li>- Il apparaît systématiquement si la personne sort de l'hôpital ou des urgences, et n'apporte pas grand-chose de plus à l'offre que nous allons proposer.</li> <li>- Sans réponse</li> </ul>	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le risque d'hospitalisation s'allume si il y a eu hospitalisation. Pas très pertinent pour l'analyse.</li> <li>- Elle s'alarme d'office lors de RAd récent, même dans les cas d'opération sélective alors que le risque de rehospitalisation est faible voir nul.</li> <li>- qu'apporte-t-il de plus à l'analyse? Qu'allons-nous faire de plus ?</li> <li>- Que faire de cette alarme pour la prise en charge, le but du CMS est théoriquement de limiter ce risque</li> <li>- pas utile</li> </ul>
Echelle de communication	0		1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pourquoi l'audition n'est-elle pas intégrée? elle peut parfois influencer le rester de la communication, au même titre que les troubles cognitifs</li> </ul>
Indice de sévérité des atteintes sensorielles	0		1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la mise en commun des 2 échelles me paraît peu adaptée et difficile à interpréter. Pourquoi ne pas les garder séparées?</li> </ul>
Echelle de fonctionnement dans le AVQ et les AIVQ	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les échelles séparées permettent déjà de donner une bonne idée, A mon sens elle alourdit l'évaluation</li> </ul>	0	

Tableau 5 : Fréquence des Échelles et Alarmes de l'iCAtest

Items	NON OPAS 7 (n=118)		OPAS 7 (n=144)		Total (n=262)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Échelle hiérarchique AVQ</b>						
0) Indépendance	117	99.2	135	93.8	252	96.2
1) Supervision requise	0	0.0	4	2.8	4	1.5
2) Dépendance limitée	0	0.0	2	1.4	2	0.8
3) Aide considérable requise	1	0.8	1	0.7	2	0.8
4) Aide maximale requise	0	0.0	2	1.4	2	0.8
5) Dépendance	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Échelle de douleur</b>						
0) Aucune douleur	31	26.3	49	34.0	80	30.5
1) Pas de douleur quotidienne	32	27.1	33	22.9	65	24.8
2) Douleur quotidienne mais pas forte	38	32.2	41	28.5	79	30.2
3) Douleur quotidienne forte	17	14.4	15	10.4	32	12.2
4) Douleur quotidienne atroce	0	0.0	6	4.2	6	2.3
<b>Échelle de communication</b>						
0) Intact	110	93.2	119	82.6	229	87.4
1) Limite intacte	6	5.1	15	10.4	21	8.0
2) Difficulté légère	2	1.7	8	5.6	10	3.8
3) Difficulté légère/modérée	0	0.0	2	1.4	2	0.8
4) Difficulté modérée – 8) Difficulté très sévère	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Échelle de performance cognitive</b>						
0) Intacte 1	71	60.2	42	29.2	113	43.1
1) Intacte 2	12	10.2	38	26.4	50	19.1
2) Etat limite 1	32	27.1	45	31.3	77	29.4
3) Etat limite 2	2	1.7	11	7.6	13	5.0
4) Déclin modéré 1	1	0.8	8	5.6	9	3.4
5) Déclin modéré 2 - 8) Déclin très important	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Échelle hiérarchique AIVQ</b>						
0) Indépendance	18	15.3	13	9.0	31	11.8
1) Supervision requise	47	39.8	20	13.9	67	25.6
2) Dépendance limité	31	26.3	64	44.4	95	36.3
3) Assistance considérable requise	3	2.5	14	9.7	17	6.5
4) Assistance maximale requise	13	11.0	21	14.6	34	13.0
5) Dépendance	6	5.1	12	8.3	18	6.9
6) Dépendance totale	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Échelle de sévérité des atteintes sensorielles</b>						
0) Les 2 sens sont intacts	86	72.9	93	64.6	179	68.3
1) Un sens est intact et un sens avec déficience légère/modéré	25	21.2	44	30.6	69	26.3
2) Un sens est intact et un sens avec déficience sévère	1	0.8	2	1.4	3	1.1
3) Les deux sens ont une déficience légère/modéré	6	5.1	5	3.5	11	4.2
4) Un sens a une déficience légère/modéré et un une déficience sévère	0	0.0	0	0.0	0	0.0
5) Les deux sens ont une déficience sévère	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Items	NON OPAS 7 (n=118)		OPAS 7 (n=144)		Total (n=262)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Échelle de fonctionnement dans les AVQ et AIVQ</b>						
0) Indépendance	18	15.3	13	9.0	31	11.8
1) AIVQ précoce 1	47	39.8	20	13.9	67	25.6
2) AIVQ précoce 2	31	26.3	62	43.1	93	35.5
3) AIVQ intermédiaire 1	16	13.6	34	23.6	50	19.1
4) AIVQ intermédiaire 2	5	4.2	7	4.9	12	4.6
5) Dépendance AIVQ	0	0.0	3	2.1	3	1.1
6) IAVQ AVQ Transition 1	0	0.0	2	1.4	2	0.8
7) IAVQ AVQ Transition 2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
8) AVQ précoce	1	0.8	1	0.7	2	0.8
9) AVQ intermédiaire/avancé 1	0	0.0	2	1.4	2	0.8
10) AVQ intermédiaire/avancé 2 et 11) Dépendance totale AVQ	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Echelle de symptômes de la dépression (2 missing values)</b>						
0) Pas de symptômes de la dépression	55	47.0	69	48.3	124	47.7
1) Indication très légère de symptômes de la dépression	13	11.1	10	7.0	23	8.8
2) Indication légère de symptômes de la dépression	19	16.2	17	11.9	36	13.8
3) Indication légère/modérée de symptômes de la dépression	10	8.5	11	7.7	21	8.1
4) Indication modérée de symptômes de la dépression - 1	3	2.6	10	7.0	13	5.0
5) Indication modérée de symptômes de la dépression - 2	5	4.3	5	3.5	10	3.8
6) Indication modérée de symptômes de la dépression - 3	4	3.4	15	10.5	19	7.3
7) Indication modérée/sévère de symptômes de la dépression	3	2.6	4	2.8	7	2.7
8) Indication sévère de symptômes de la dépression	3	2.6	2	1.4	5	1.9
9) Indication très sévère de symptômes de la dépression	2	1.7	0	0.0	2	0.8
<b>Indicateur d'autonomie</b>						
0) Autonome pour les 4 AVQ et la prise de décisions courantes	111	94.1	102	70.8	213	81.3
1) Non Autonome (au moins une difficulté dans l'un des 5 domaines)	7	5.9	42	29.2	49	18.7
<b>Indicateur de réhabilitation</b>						
1) Le plus faible	24	20.3	27	18.8	51	19.5
2) Faible	85	72.0	96	66.7	181	69.1
3) Modéré	7	5.9	15	10.4	22	8.4
4) Élevé	2	1.7	6	4.2	8	3.1
5) Le plus élevé	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Indicateur de l'urgence de service au client (1 missing value)</b>						
1) Urgence faible	84	71.2	87	60.8	171	65.5
2) Urgence modérée	29	24.6	35	24.5	64	24.5
3) Urgence élevée	3	2.5	18	12.6	21	8.0
4) Urgence la plus élevée	2	1.7	3	2.1	5	1.9
<b>CAP Douleur (alarme) (7 missing values)</b>						
0) CAP Douleur non active	54	47.4	73	51.8	127	49.8
1) CAP Douleur priorité modérée	38	33.3	41	29.1	79	31.0
2) CAP Douleur priorité élevée	22	19.3	27	19.1	49	19.2
<b>Communication (alarme)</b>						
0) CAP Communication non active	117	99.2	134	93.1	251	95.8
1) CAP Communication activé: Potentiel pour amélioration	1	0.8	6	4.2	7	2.7
2) CAP Communication activé: Risque de déclin	0	0.0	4	2.8	4	1.5
<b>Chutes (alarme)</b>						
0) Non candidat pour une discussion	50	42.4	41	28.5	91	34.7
1) Candidat pour une discussion générale - Pas de chutes, mais facteur(s) de risque	37	31.4	71	49.3	108	41.2
2) Candidat pour une discussion - Facteur(s) de risque absents mais antécédent de chute	10	8.5	6	4.2	16	6.1
3) Candidat pour une discussion approfondie - Facteur(s) de risque et antécédent(s)	21	17.8	26	18.1	47	17.9
<b>Risque d'hospitalisation (alarme)</b>						
0) Risque faible	63	53.4	60	41.7	123	46.9
1) Risque moyen, au moins 4 facteurs de risque sont présents	11	9.3	27	18.8	38	14.5
2) Risque élevé, séjour à l'hôpital et/ou consultation aux urgences récent(e)s	44	37.3	57	39.6	101	38.5

Items	NON OPAS 7 (n=118)		OPAS 7 (n=144)		Total (n=262)	
	N	%	N	%	N	%
<b>B8b. Traitements - Soins de plaie</b>						
0. Non prescrit ET non reçu	112	94.9	121	84.0	233	88.9
1. Prescrit, mais non initié	1	0.8	1	0.7	2	0.8
2. Reçu 1 ou 2 jours dans les 3 derniers jours	4	3.4	13	9.0	17	6.5
3. Reçu tous les jours dans les 3 derniers jours	1	0.8	9	6.3	10	3.8
<b>B8c. Traitements - Thérapie intraveineuse</b>						
0. Non prescrit ET non reçu	117	99.2	141	97.9	258	98.5
1. Prescrit, mais non initié	1	0.8	0	0.0	1	0.4
2. Reçu 1 ou 2 jours dans les 3 derniers jours	0	0.0	2	1.4	2	0.8
3. Reçu tous les jours dans les 3 derniers jours	0	0.0	1	0.7	1	0.4
<b>B8d. Traitements - Cathéter intra-vésicale</b>						
0. Non prescrit ET non reçu	118	100.0	137	95.1	255	97.3
1. Prescrit, mais non initié	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2. Reçu 1 ou 2 jours dans les 3 derniers jours	0	0.0	1	0.7	1	0.4
3. Reçu tous les jours dans les 3 derniers jours	0	0.0	6	4.2	6	2.3
<b>C1. Audition</b>						
0. Adéquate	94	79.7	108	75.0	202	77.1
1. Déficience légère	19	16.1	26	18.1	45	17.2
2. Déficience modérée	4	3.4	10	6.9	14	5.3
3. Déficience importante	1	0.8	0	0.0	1	0.4
4. Aucune audition	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>C2. Capacité à comprendre les autres</b>						
0. Comprend	112	94.9	128	88.9	240	91.6
1. Comprend habituellement	6	5.1	13	9.0	19	7.3
2. Comprend souvent	0	0.0	3	2.1	3	1.1
3. Comprend parfois	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4. Comprend rarement ou jamais	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>C3. Se faire comprendre</b>						
0. Est comprise	115	97.5	127	88.2	242	92.4
1. Est généralement comprise	2	1.7	16	11.1	18	6.9
2. Est souvent comprise	1	0.8	1	0.7	2	0.8
3. Est parfois comprise 4. Rarement ou jamais comprise	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>C4. Vision</b>						
0. Bonne	104	88.1	124	86.1	228	87.0
1. Déficience légère	11	9.3	16	11.1	27	10.3
2. Déficience modérée	3	2.5	2	1.4	5	1.9
3. Déficience importante	0	0.0	2	1.4	2	0.8
4. Aucune vision	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>D1. Mémoire et capacité de rappel</b>						
0. Pas de problème de mémoire	84	71.2	95	66.0	179	68.3
1. Problème de mémoire	34	28.8	49	34.0	83	31.7
<b>D2. Facultés cognitives pour les décisions courantes</b>						
0. Indépendante	114	96.6	115	79.9	229	87.4
1. Indépendance altérée	4	3.4	23	16.0	27	10.3
2. Déficience légère	0	0.0	6	4.2	6	2.3
3. Déficience modérée - 4. Déficience importante - 5. Pas de conscience décelable	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>D3. Changement des facultés cognitives pour les décisions courantes dans les 90 derniers jours</b>						
0. Améliorées	5	4.2	6	4.2	11	4.2
1. Pas de modification	106	89.8	125	86.8	231	88.2
2. Détériorées	6	5.1	9	6.3	15	5.7
8. Ambigües	1	0.8	4	2.8	5	1.9
<b>D4a. Démence - Maladie d'Alzheimer</b>						
0. Diagnostic absent	117	99.2	143	99.3	260	99.2
1. Diagnostic présent	1	0.8	1	0.7	2	0.8
<b>D4b. Démence - Démence autre que maladie d'Alzheimer</b>						
0. Diagnostic absent	116	98.3	142	98.6	258	98.5
1. Diagnostic présent	2	1.7	2	1.4	4	1.5

Items	NON OPAS					
	7 (n=118)		OPAS 7 (n=144)		Total (n=262)	
	N	%	N	%	N	%
<b>E1a. Performance dans les AVQ - S'alimenter, boire</b>						
0. Indépendance	117	99.2	136	94.4	253	96.6
1. Indépendance avec aide pour la préparation seulement	1	0.8	1	0.7	2	0.8
2. Supervision	0	0.0	4	2.8	4	1.5
3. Aide limitée	0	0.0	1	0.7	1	0.4
4. Aide considérable	0	0.0	2	1.4	2	0.8
5. Aide maximale et 6. Dépendance totale	0	0.0	0	0.0	0	0.0
8. L'activité n'a pas eu lieu au cours de la période	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>E1b. Performance dans les AVQ - Hygiène personnelle</b>						
0. Indépendance	116	98.3	141	97.9	257	98.1
1. Indépendance avec aide pour la préparation seulement	1	0.8	2	1.4	3	1.1
2. Supervision	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3. Aide limitée	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4. Aide considérable	1	0.8	1	0.7	2	0.8
5. Aide maximale et 6. Dépendance totale	0	0.0	0	0.0	0	0.0
8. L'activité n'a pas eu lieu au cours de la période	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>E1c. Performance dans les AVQ - Bain</b>						
0. Indépendance	96	81.4	117	81.3	213	81.3
1. Indépendance avec aide pour la préparation seulement	3	2.5	1	0.7	4	1.5
2. Supervision	1	0.8	4	2.8	5	1.9
3. Aide limitée	1	0.8	1	0.7	2	0.8
4. Aide considérable	0	0.0	3	2.1	3	1.1
5. Aide maximale et 6. Dépendance totale	0	0.0	0	0.0	0	0.0
8. L'activité n'a pas eu lieu au cours de la période	17	14.4	18	12.5	35	13.4
<b>E1d. Performance dans les AVQ - S'habiller la partie inférieure du corps</b>						
0. Indépendance	116	98.3	136	94.4	252	96.2
1. Indépendance avec aide pour la préparation seulement	1	0.8	1	0.7	2	0.8
2. Supervision	0	0.0	1	0.7	1	0.4
3. Aide limitée	1	0.8	2	1.4	3	1.1
4. Aide considérable	0	0.0	4	2.8	4	1.5
5. Aide maximale et 6. Dépendance totale	0	0.0	0	0.0	0	0.0
8. L'activité n'a pas eu lieu au cours de la période	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>E1e. Performance dans les AVQ - Utilisation des toilettes</b>						
0. Indépendance	118	100.0	144	100.0	262	100.0
8. L'activité n'a pas eu lieu au cours de la période	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>E1f. Performance dans les AVQ - Marcher</b>						
0. Indépendance	112	94.9	143	99.3	255	97.3
1. Indépendance avec aide pour la préparation seulement	4	3.4	1	0.7	5	1.9
2. Supervision	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3. Aide limitée	2	1.7	0	0.0	2	0.8
4. Aide considérable	0	0.0	0	0.0	0	0.0
5. Aide maximale et 6. Dépendance totale	0	0.0	0	0.0	0	0.0
8. L'activité n'a pas eu lieu au cours de la période	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Items	NON OPAS 7 (n=118)		OPAS 7 (n=144)		Total (n=262)	
<b>E1g. Performance dans les AVQ - Déplacement à l'intérieur sur le même étage (à pied ou avec une chaise roulante)</b>						
0. Indépendance	116	98.3	143	99.3	259	98.9
1. Indépendance avec aide pour la préparation seulement	2	1.7	0	0.0	2	0.8
2. Supervision	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3. Aide limitée	0	0.0	1	0.7	1	0.4
4. Aide considérable	0	0.0	0	0.0	0	0.0
5. Aide maximale et 6. Dépendance totale	0	0.0	0	0.0	0	0.0
8. L'activité n'a pas eu lieu au cours de la période	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>E2. Changement de performance des AVQ</b>						
0. Améliorée	10	8.5	11	7.6	21	8.0
1. Pas de changement	93	78.8	111	77.1	204	77.9
2. Détériorée	13	11.0	18	12.5	31	11.8
8. Incertain	2	1.7	4	2.8	6	2.3
<b>E3. Principal mode de déplacement à l'intérieur</b>						
0. Marche, pas de moyen auxiliaire	94	79.7	106	73.6	200	76.3
1. Marche, moyen auxiliaire	24	20.3	38	26.4	62	23.7
2. Fauteuil roulant, fauteuil motorisé (scooter)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3. Confiné au lit, au fauteuil	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>F1. Interactions sociales réduites</b>						
0. Pas manifesté	77	65.3	121	84.0	198	75.6
1. Manifesté, mais pas dans les 3 derniers jours	22	18.6	14	9.7	36	13.7
2. Manifesté dans 1-2 des 3 derniers jours	19	16.1	9	6.3	28	10.7
3. Manifesté quotidiennement dans les 3 derniers jours	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>F2. Relations sociales</b>						
0. Jamais	22	18.6	25	17.4	47	17.9
1. Il y a plus de 30 jours	20	16.9	8	5.6	28	10.7
2. Il y a de 8 à 30 jours	16	13.6	16	11.1	32	12.2
3. Il y a de 4 à 7 jours	14	11.9	21	14.6	35	13.4
4. Au cours des 3 derniers jours	39	33.1	70	48.6	109	41.6
8. Ne peut être déterminé	7	5.9	4	2.8	11	4.2
<b>F3. Solitude</b>						
0. Non	95	80.5	110	76.4	205	78.2
1. Oui	23	19.5	34	23.6	57	21.8
<b>F4. Evènement stressant au cours des 90 derniers jours</b>						
0. Non	70	59.3	81	56.3	151	57.6
1. Oui	48	40.7	63	43.8	111	42.4
<b>F5a. Humeur auto-déclarée - Peu d'intérêt ou de plaisir pour les choses qui d'habitude vous réjouissent ?</b>						
0. Non manifesté	92	78.0	117	81.3	209	79.8
1. Manifesté, mais pas dans les 3 derniers jours	10	8.5	6	4.2	16	6.1
2. Manifesté dans 1-2 jours des 3 derniers jours	9	7.6	6	4.2	15	5.7
3. Manifesté quotidiennement au cours des 3 derniers jours	6	5.1	14	9.7	20	7.6
8. La personne ne répond pas	1	0.8	1	0.7	2	0.8
<b>F5b. Humeur auto-déclarée - Anxieux, agité, inquiet ?</b>						
0. Non manifesté	71	60.2	90	62.5	161	61.5
1. Manifesté, mais pas dans les 3 derniers jours	12	10.2	10	6.9	22	8.4
2. Manifesté dans 1-2 jours des 3 derniers jours	12	10.2	21	14.6	33	12.6
3. Manifesté quotidiennement au cours des 3 derniers jours	23	19.5	23	16.0	46	17.6
8. La personne ne répond pas	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>F5c. Humeur auto-déclarée - Triste, abattu, sans espoir ?</b>						
0. Non manifesté	86	72.9	100	69.4	186	71.0
1. Manifesté, mais pas dans les 3 derniers jours	14	11.9	7	4.9	21	8.0
2. Manifesté dans 1-2 jours des 3 derniers jours	8	6.8	20	13.9	28	10.7
3. Manifesté quotidiennement au cours des 3 derniers jours	9	7.6	16	11.1	25	9.5
8. La personne ne répond pas	1	0.8	1	0.7	2	0.8
<b>F6. Symptômes comportementaux</b>						
0. Non	116	98.3	139	96.5	255	97.3
1. Oui	2	1.7	5	3.5	7	2.7

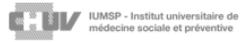
Items	NON OPAS 7 (n=118)		OPAS 7 (n=144)		Total (n=262)	
<b>G1. Auto-évaluation de la santé</b>						
0. Excellente	11	9.3	8	5.6	19	7.3
1. Bonne	62	52.5	76	52.8	138	52.7
2. Passable	36	30.5	47	32.6	83	31.7
3. Mauvaise	6	5.1	9	6.3	15	5.7
8. La personne ne répond pas	3	2.5	4	2.8	7	2.7
<b>G2. Lésion post-traumatique</b>						
0. Non	96	81.4	126	87.5	222	84.7
1. Oui	22	18.6	18	12.5	40	15.3
<b>G3a. Instabilité des problèmes de santé - Prob. de santé ou maladie qui rend instable l'état cognitif</b>						
0. Non	87	73.7	104	72.2	191	72.9
1. Oui	31	26.3	40	27.8	71	27.1
<b>G3b. Instabilité des problèmes de santé - A actuellement un épisode ou une poussée aiguë d'un problème de santé (récurrent ou chronique)</b>						
0. Non	94	79.7	117	81.3	211	80.5
1. Oui	24	20.3	27	18.8	51	19.5
<b>G4. Fatigue</b>						
0. Aucune fatigue	36	30.5	43	29.9	79	30.2
1. Légère	48	40.7	72	50.0	120	45.8
2. Modérée	22	18.6	21	14.6	43	16.4
3. Importante	12	10.2	8	5.6	20	7.6
4. Perte d'énergie pour toute activité habituelle	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>G5a. Douleur - Fréquence à laquelle la personne se plaint ou manifeste des signes de douleur</b>						
0. Aucune douleur	31	26.3	49	34.0	80	30.5
1. Présente, mais non manifestée au cours des 3 derniers jours	13	11.0	8	5.6	21	8.0
2. Manifestée 1 ou 2 jours au cours des 3 derniers jours	19	16.1	25	17.4	44	16.8
3. Manifestée chaque jour au cours des 3 derniers jours	55	46.6	62	43.1	117	44.7
<b>G5b. Douleur - Intensité de la douleur présente la plus intense</b>						
0. Pas de douleur	35	29.7	51	35.4	86	32.8
1. Douleur légère	21	17.8	18	12.5	39	14.9
2. Douleur modérée	40	33.9	48	33.3	88	33.6
3. Douleur forte	22	18.6	18	12.5	40	15.3
4. Episode de douleur atroce ou intolérable	0	0.0	9	6.3	9	3.4
<b>G6a. Fréquences des prob. de santé - Démarche instable</b>						
0. Non présent(e)(s)	80	67.8	68	47.2	148	56.5
1. Présent(e)(s), mais non manifesté(e)(s) au cours des 3 derniers jours	8	6.8	16	11.1	24	9.2
2. Manifesté(e)(s) au cours de 1 des 3 derniers jours	5	4.2	5	3.5	10	3.8
3. Manifesté(e)(s) au cours de 2 des 3 derniers jours	3	2.5	2	1.4	5	1.9
4. Manifesté(e)(s) chaque jour au cours des 3 derniers jours	22	18.6	53	36.8	75	28.6
<b>G6b. Fréquences des prob. de santé - Vertiges ou étourdissements</b>						
0. Non présent(e)(s)	86	72.9	109	75.7	195	74.4
1. Présent(e)(s), mais non manifesté(e)(s) au cours des 3 derniers jours	12	10.2	16	11.1	28	10.7
2. Manifesté(e)(s) au cours de 1 des 3 derniers jours	12	10.2	6	4.2	18	6.9
3. Manifesté(e)(s) au cours de 2 des 3 derniers jours	2	1.7	6	4.2	8	3.1
4. Manifesté(e)(s) chaque jour au cours des 3 derniers jours	6	5.1	7	4.9	13	5.0
<b>G6c. Fréquences des prob. de santé - Douleur à la poitrine</b>						
0. Non présent(e)(s)	105	89.0	133	92.4	238	90.8
1. Présent(e)(s), mais non manifesté(e)(s) au cours des 3 derniers jours	6	5.1	7	4.9	13	5.0
2. Manifesté(e)(s) au cours de 1 des 3 derniers jours	2	1.7	3	2.1	5	1.9
3. Manifesté(e)(s) au cours de 2 des 3 derniers jours	0	0.0	1	0.7	1	0.4
4. Manifesté(e)(s) chaque jour au cours des 3 derniers jours	5	4.2	0	0.0	5	1.9
<b>G6d. Fréquences des prob. de santé - Oedème périphérique</b>						
0. Non présent(e)(s)	86	72.9	97	67.4	183	69.8
1. Présent(e)(s), mais non manifesté(e)(s) au cours des 3 derniers jours	11	9.3	8	5.6	19	7.3
2. Manifesté(e)(s) au cours de 1 des 3 derniers jours	2	1.7	3	2.1	5	1.9
3. Manifesté(e)(s) au cours de 2 des 3 derniers jours	2	1.7	2	1.4	4	1.5
4. Manifesté(e)(s) chaque jour au cours des 3 derniers jours	17	14.4	34	23.6	51	19.5

Items	NON OPAS 7 (n=118)		OPAS 7 (n=144)		Total (n=262)	
<b>G7. Chutes</b>						
0. Aucune chute au cours des 90 derniers jours	87	73.7	112	77.8	199	76.0
1. Une chute ou plus au cours des 90 derniers jours	31	26.3	32	22.2	63	24.0
<b>G8. Dyspnée</b>						
0. Non présente	76	64.4	73	50.7	149	56.9
1. Non présente au repos, mais présente uniquement lors d'effort modéré	32	27.1	43	29.9	75	28.6
2. Non présente au repos, présente lors d'effort quotidien léger	9	7.6	19	13.2	28	10.7
3. Présente au repos	1	0.8	9	6.3	10	3.8
<b>G9. Tabac</b>						
0. Non	104	88.1	126	87.5	230	87.8
1. Pas dans les 3 derniers jours, habituellement chaque jour	0	0.0	1	0.7	1	0.4
2. Oui	14	11.9	17	11.8	31	11.8
<b>H1. Problèmes cutanés majeurs</b>						
0. Non	99	83.9	113	78.5	212	80.9
1. Oui	19	16.1	31	21.5	50	19.1
<b>H2. Présence d'escarre</b>						
0. Pas d'ulcère de pression	118	100.0	143	99.3	261	99.6
2. Toute rupture de la peau	0	0.0	1	0.7	1	0.4
<b>I1a. État nutritionnel - Régime alimentaire conseillé</b>						
0. Non	109	92.4	123	85.4	232	88.5
1. Oui	9	7.6	21	14.6	30	11.5
<b>I1b. État nutritionnel - Diminution de la quantité de solides ou liquides habituellement consommée au cours des 3 derniers jours</b>						
0. Non	99	83.9	129	89.6	228	87.0
1. Oui	19	16.1	15	10.4	34	13.0
<b>I1c. État nutritionnel - Perte de poids</b>						
0. Non	87	73.7	115	79.9	202	77.1
1. Oui	20	16.9	25	17.4	45	17.2
8. Ne peut être déterminée	11	9.3	4	2.8	15	5.7
<b>I2a. État bucco-dentaire - Bouche sèche</b>						
0. Non	88	74.6	112	77.8	200	76.3
1. Oui	30	25.4	32	22.2	62	23.7
<b>I2b. État bucco-dentaire - Dents cassées, fissurées ou altérées</b>						
0. Non	99	83.9	120	83.3	219	83.6
1. Oui	19	16.1	24	16.7	43	16.4
<b>I2c. État bucco-dentaire - Difficultés lors de la mastication</b>						
0. Non	107	90.7	134	93.1	241	92.0
1. Oui	11	9.3	10	6.9	21	8.0
<b>J1a. Capacité pour les AIVQ - Préparation des repas</b>						
0. Indépendance	94	79.7	106	73.6	200	76.3
1. Indépendance avec aide pour la préparation seulement	3	2.5	1	0.7	4	1.5
2. Supervision	3	2.5	1	0.7	4	1.5
3. Aide limitée	8	6.8	10	6.9	18	6.9
4. Aide considérable	4	3.4	12	8.3	16	6.1
5. Aide maximale	1	0.8	6	4.2	7	2.7
6. Dépendance totale	5	4.2	8	5.6	13	5.0
<b>J1b. Capacité pour les AIVQ - Ménage courant</b>						
0. Indépendance	34	28.8	42	29.2	76	29.0
1. Indépendance avec aide pour la préparation seulement	0	0.0	1	0.7	1	0.4
2. Supervision	1	0.8	1	0.7	2	0.8
3. Aide limitée	19	16.1	20	13.9	39	14.9
4. Aide considérable	28	23.7	48	33.3	76	29.0
5. Aide maximale	24	20.3	18	12.5	42	16.0
6. Dépendance totale	12	10.2	14	9.7	26	9.9
<b>J1c. Capacité pour les AIVQ - Gestion de l'argent</b>						
0. Indépendance	92	78.0	70	48.6	162	61.8
2. Supervision	1	0.8	9	6.3	10	3.8
3. Aide limitée	8	6.8	10	6.9	18	6.9
4. Aide considérable	5	4.2	22	15.3	27	10.3
5. Aide maximale	8	6.8	13	9.0	21	8.0
6. Dépendance totale	4	3.4	20	13.9	24	9.2

Items	NON OPAS 7 (n=118)		OPAS 7 (n=144)		Total (n=262)	
<b>J1d. Capacité pour les AIVQ - Faire les courses</b>						
0. Indépendance	77	65.3	69	47.9	146	55.7
1. Indépendance avec aide pour la préparation seulement	3	2.5	0	0.0	3	1.1
2. Supervision	0	0.0	2	1.4	2	0.8
3. Aide limitée	15	12.7	10	6.9	25	9.5
4. Aide considérable	10	8.5	27	18.8	37	14.1
5. Aide maximale	10	8.5	17	11.8	27	10.3
6. Dépendance totale	3	2.5	19	13.2	22	8.4
<b>J1e. Capacité pour les AIVQ - Gestion des médicaments</b>						
0. Indépendance	102	86.4	78	54.2	180	68.7
1. Indépendance avec aide pour la préparation seulement	5	4.2	9	6.3	14	5.3
2. Supervision	1	0.8	5	3.5	6	2.3
3. Aide limitée	1	0.8	6	4.2	7	2.7
4. Aide considérable	2	1.7	31	21.5	33	12.6
5. Aide maximale	7	5.9	12	8.3	19	7.3
6. Dépendance totale	0	0.0	3	2.1	3	1.1
<b>J1f. Capacité pour les AIVQ - Utilisation du téléphone</b>						
0. Indépendance	118	100.0	139	96.5	257	98.1
1. Indépendance avec aide pour la préparation seulement	0	0.0	4	2.8	4	1.5
2. Supervision	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3. Aide limitée	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4. Aide considérable	0	0.0	1	0.7	1	0.4
5. Aide maximale	0	0.0	0	0.0	0	0.0
6. Dépendance totale	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>J1g. Capacité pour les AIVQ - Escaliers</b>						
0. Indépendance	109	92.4	129	89.6	238	90.8
1. Indépendance avec aide pour la préparation seulement	2	1.7	1	0.7	3	1.1
2. Supervision	1	0.8	1	0.7	2	0.8
3. Aide limitée	2	1.7	1	0.7	3	1.1
4. Aide considérable	2	1.7	4	2.8	6	2.3
5. Aide maximale	0	0.0	0	0.0	0	0.0
6. Dépendance totale	2	1.7	8	5.6	10	3.8
<b>K1. Logement</b>						
0. Non	109	92.4	124	86.1	233	88.9
1. Oui	9	7.6	20	13.9	29	11.1
<b>K2. Difficultés financières</b>						
0. Non	108	91.5	125	86.8	233	88.9
1. Oui	10	8.5	19	13.2	29	11.1
<b>L1aa1. Deux aidants informels principaux - Relation avec le client - Aidant 1</b>						
1. Enfant ou enfant par alliance	49	41.5	72	50.0	121	46.2
2. Epoux-se	31	26.3	29	20.1	60	22.9
3. Partenaire	2	1.7	5	3.5	7	2.7
4. Parent ou tuteur	4	3.4	2	1.4	6	2.3
5. Frère ou soeur	3	2.5	5	3.5	8	3.1
6. Autre membre de la famille	3	2.5	5	3.5	8	3.1
7. Ami-e	7	5.9	7	4.9	14	5.3
8. Voisin-e	10	8.5	8	5.6	18	6.9
9. Aucun aidant informel	9	7.6	11	7.6	20	7.6
<b>L1aa2. Deux aidants informels principaux - Relation avec le client - Aidant 2</b>						
1. Enfant ou enfant par alliance	46	39.0	62	43.1	108	41.2
2. Epoux-se	0	0.0	1	0.7	1	0.4
3. Partenaire	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4. Parent ou tuteur	5	4.2	1	0.7	6	2.3
5. Frère ou soeur	2	1.7	6	4.2	8	3.1
6. Autre membre de la famille	10	8.5	19	13.2	29	11.1
7. Ami-e	13	11.0	13	9.0	26	9.9
8. Voisin-e	16	13.6	10	6.9	26	9.9
9. Aucun aidant informel	26	22.0	32	22.2	58	22.1

Items	NON OPAS 7 (n=118)		OPAS 7 (n=144)		Total (n=262)	
<b>L1bb1. Deux aidants informels principaux - Aidant vit avec la personne - Aidant 1</b>						
0. Non	65	55.1	77	53.5	142	54.2
1. Oui, depuis 6 mois ou moins	9	7.6	12	8.3	21	8.0
2. Oui, depuis plus de 6 mois	38	32.2	44	30.6	82	31.3
8. Aucun aidant informel	6	5.1	11	7.6	17	6.5
<b>L1bb2. Deux aidants informels principaux - Aidant vit avec la personne - Aidant 2</b>						
0. Non	81	68.6	102	70.8	183	69.8
1. Oui, depuis 6 mois ou moins	4	3.4	6	4.2	10	3.8
2. Oui, depuis plus de 6 mois	17	14.4	15	10.4	32	12.2
8. Aucun aidant informel	16	13.6	21	14.6	37	14.1
<b>L2a. Situation des aidants informels - Les proches et les amis sont ébranlés par la maladie</b>						
0. Non	86	72.9	122	84.7	208	79.4
1. Oui	32	27.1	22	15.3	54	20.6
<b>L2b. Situation des aidants informels - L'(les) aidant(s) exprime(nt) des sentiments de fardeau familial, colère ou dépression</b>						
0. Non	106	89.8	134	93.1	240	91.6
1. Oui	12	10.2	10	6.9	22	8.4

## 8.7 Evaluation du logiciel et des besoins informatiques futurs dans ce domaine - Rapport intermédiaire



Evaluation coRAI CMS

**Evaluation du logiciel testé et des besoins  
informatiques futurs dans ce domaine**

**Rapport intermédiaire**

31 janvier 2018

(version révisée juin 2018)

### Table des matières

1. Introduction .....	3
1.1 Question d'évaluation et objectif de ce rapport .....	3
1.2 Sources .....	3
1.3 Restitution des résultats .....	3
2. Les atouts identifiés .....	4
3. Les problèmes identifiés .....	6
4. Besoins relatifs au logiciel et à son intégration dans le système en place en vue d'un déploiement cantonal .....	8
5. Autres remarques .....	9
6. Résumé des points informatiques identifiés à adresser avant un déploiement cantonal .....	10
7. Conclusion et recommandations .....	10

## 1. Introduction

### 1.1 Question d'évaluation et objectif de ce rapport

L'objectif de ce rapport intermédiaire est de répondre à la question suivante (cf Proposition d'évaluation du projet pilote coRAI CMS, version 5.7.2017):

« I2b. Quel est l'avis des professionnels qui utilisent l'interRAI Contact Assessment sur le logiciel (aspects techniques, convivialité, modules, etc.) ? », sous-question de « I2. Les moyens mis en place sont-ils adaptés à l'utilisation optimale des nouveaux outils ? »

Ce rapport a été généré à la demande du SSP afin d'avoir des résultats avant la livraison du rapport final du fin mars 2018, au vu de la volonté politique d'amorcer le déploiement cantonal des nouveaux outils dès le printemps 2018.

### 1.2 Sources

Les informations dans ce rapport se basent sur les sources de données suivantes :

- Collecte par questionnaires sur le contenu du l'interRAI Contact Assessment version test (iCAtest) du 23/10/17 au 10/11/17 auprès des infirmiers et infirmières référent-e-s (IR) et évaluateurs/évaluatrices (IE). Ont répondu à ces questionnaires : 12/13 IR et 8/9 IE.
- Focus groups avec des infirmières référentes (IR) (4 sur 5 initialement prévues)<sup>1</sup>, avec des infirmières évaluatrices (IE) (6)<sup>2</sup> et avec les responsables de centre (5)<sup>3</sup>, les 4 et 5 décembre 2017.
- Entretien avec les responsables de projet de l'AVASAD (Martine Karlen, cheffe de projet ; Olivier Fontaine, chef de projet ; Nathalie Bacq, ergothérapeute consultante ; Arnaud Dulimbert, clinicien) le 13 novembre 2017.
- Entretien avec l'équipe informatique de l'AVASAD (Alain Misson, Directeur du Service des Systèmes d'information et Télécommunication (SSIT) ; Pascal Rose, Responsable de l'Unité décisionnelle ; Jean-Yves Blanc, collaborateur au sein de l'Unité décisionnelle) auquel était également présent Vincent Falci, analyste de données du Service du développement des pratiques professionnels (SDPP), le 16 novembre 2017.
- Entretien avec les directrices des A/F (Mireille Pidoux, ABSMAD et Isabelle Brès Bigey, APROMAD) le 15 novembre 2017.
- Recensement (Log) des questions adressées au support métier coRAI jusqu'à fin octobre 2017.

Seuls les IR, les IE et les responsables de projet de l'AVASAD ont eu accès au logiciel, mais des questions et/ou des remarques autour du logiciel et des besoins informatiques futurs ont surgi dans les autres entretiens et focus groups, justifiant la consultation de ces sources pour le présent rapport.

<sup>1</sup> Une infirmière référente prévue par CMS participant au pilote. L'une d'entre elle était absente pour maladie.

<sup>2</sup> Deux infirmières évaluatrices par CMS participant au pilote dans lesquelles des IE étaient impliquées

<sup>3</sup> Les responsables de chaque CMS participant au pilote.

### 1.3 Restitution des résultats

Notons en préambule que les focus groups avaient pour objectif l'échange d'expériences et d'opinions sur les différents thèmes abordés, et non la recherche d'un consensus au sein de chaque groupe professionnel.

Par ailleurs, au vu des très petits effectifs à disposition tant pour les questionnaires que pour les focus groups, il est très délicat de quantifier les informations qui en sont issues. Il s'agit plutôt de restituer les réflexions et expériences des uns et des autres quelle que soit la fréquence à laquelle une proposition ou une opinion est apparue.

Enfin, nous n'avons pas la possibilité technique de vérifier le bien-fondé de chaque remarque.

## 2. Les atouts identifiés

### 2.1 Absence de dysfonctionnement pendant le pilote

L'équipe informatique ne pense pas avoir été contactée une seule fois suite à un problème d'utilisation du logiciel, hormis le fait de devoir déverrouiller des évaluations pour permettre des corrections. De même, les responsables de projet qui n'ont pas noté de problème inhérent au logiciel. Cela confirme également les données obtenues par questionnaires auprès des IE et des IR, ceux-ci n'ayant pas signalé de problèmes informatiques, excepté lors de problèmes de connexion à Internet (voir points 3.8 et 4.5). D'ailleurs, parmi les questions de nature purement informatique adressées au support métier coRAI, outre les demandes de déverrouillage des évaluations à fins de modifications, on relève un seul cas de difficulté de création d'un nouveau profil client en mobilité, qui devrait être investigué. Finalement, il est à noter que le helpdesk de l'entreprise informatique n'a pas été sollicité faute de besoin.

Au final, le temps passé pour résoudre ce genre de demandes est estimé à tout au plus trois heures entre le début du pilote et la mi-novembre 2017.

### 2.2 Navigation : points positifs

1/ L'outil est assez unanimement décrit comme facile à prendre en main. L'équipe de projet a constaté qu'une matinée suffisait aux professionnels pour s'approprier les aspects de navigation alors que plus de temps était initialement prévu pour cette étape, et a décrit l'outil comme « intuitif et donc facile d'apprentissage ».

2/ Le fait de pouvoir passer d'une rubrique à l'autre dans le désordre est apprécié chez les IE et les IR. En focus group, une IR pensait qu'il fallait suivre l'ordre et a trouvé cela gênant.

3/ En FG, les IE sont partagées en ce qui concerne le type de navigation, certaines préfèrent celui de l'iCAtest dans lequel on passe d'une rubrique à l'autre, d'autres préfèrent celui utilisé pour le RAI-HCSuisse, où il s'agit d'un formulaire d'un seul bloc.

4/ Les IE ont mentionné que l'enregistrement automatique lorsque l'on passe à la rubrique suivante est rassurant. Ceci n'est pas possible dans le RAI-HCSuisse et pose des problèmes.

5/ La barre de progression est appréciée.

6/ Il a été mentionné que le rappel automatique en fin de session si une rubrique n'a pas été codée était pratique.

7/ La saisie du codage des items est d'utilisation intuitive (IE).

8/ La saisie de texte sans restriction du nombre de caractères est appréciée par les IE, en comparaison avec le RAI-HCSuisse pour lequel la longueur des champs de texte libre est limitée.

### 2.3 Verrouillage des évaluations

Voir point 3.3.

### 2.4 Graphisme

Une personne a mentionné dans le questionnaire que le graphisme est agréable et peu fatigant pour les yeux.

### 2.5 Intégration du manuel d'utilisation au logiciel

Selon les résultats des questionnaires, et tel que mentionné spontanément en focus group avec les IR, le fait que le manuel d'utilisation de l'ICAtest soit intégré au logiciel est très apprécié.

### 2.6 Adaptation de la présentation des résultats

A la question de savoir s'il serait souhaitable de pouvoir adapter la présentation des résultats selon la population à qui on les adresse, la plupart des professionnels ont répondu oui au questionnaire (IE et IR). Lors de leur FG, les IR se sont demandé s'il fallait envisager deux types de rapport : un pour les professionnels et un plus succinct qui serait plus parlant pour le client.

En revanche, lors de leur FG, les IE s'accordaient sur le fait que cela pouvait être la même présentation pour tous, car les médecins ne seraient pas en attente d'un compte-rendu très complexe.

De son côté l'équipe de projet trouve intéressant de pouvoir construire le rapport PDF comme on le souhaite et a indiqué que toutes les potentialités sur cet aspect n'avaient pas été utilisées.

### 2.7 Fonction analyse de groupe

Personne n'a utilisé cette fonction pendant le pilote. Nous ne pouvons donc pas rapporter d'opinion sur le contenu et les possibilités de cette fonction mais seulement sur l'intérêt qu'elle génère.

Interrogées sur la fonction analyse de groupe du logiciel, les directrices des A/F ont déclaré qu'elles attendent en effet des outils RAI en général de pouvoir générer des données pour établir, de manière transversale, des typologies de clients et des comparaisons entre groupes ou entre régions, ainsi que pour effectuer un suivi dans le temps de la clientèle. Cela permettrait de mieux cibler leurs prestations et d'envisager ou orienter des actions.

Les responsables de centre n'étaient pas au courant de cette fonction. Après une brève explication de notre part, une RC a trouvé cela intéressant mais que cela ne devait pas entrer en concurrence avec d'autres aspects sur le plan financier (par exemple augmenter les capacités d'analyse et de

transmission écrite des infirmières). Elles aimeraient que cette fonction puisse mettre en avant la lourdeur du travail des CMS et valoriser leur activité. Elles ont aussi noté que la génération de statistiques n'est actuellement pas possible à partir de Medlink pour le RAI-HCSuisse.

En ce qui concerne l'avis de l'équipe de projet de l'AVASAD sur cette fonction, ses membres ont indiqué qu'ils trouvaient cette possibilité a priori très intéressante et utile, tout en précisant qu'ils ont seulement « survolé » cette fonction et qu'ils devaient se l'approprier, ainsi que leur équipe d'analystes de données. Ils ont évoqué l'utilisation de cette fonction pour examiner par exemple les profils des clients, les fréquences des problématiques, les types de compétences nécessaires, l'évolution des clients, les différences selon les CMS, la production d'indicateurs.

### 2.8 Traçabilité des évaluations

La traçabilité des évaluations a été évoquée par l'équipe informatique. Un des membres a expliqué qu'il n'existe pas d'identifiant pour une évaluation RAI-HCSuisse donnée, ce qui rend impossible la différenciation entre une évaluation ayant subi une correction et une nouvelle évaluation pour un client donné. Or, le logiciel fonctionne avec un identifiant unique pour chaque évaluation, le GUID (Globally Unique Identifier), qu'il sera précieux de conserver pour le déploiement afin de ne pas rencontrer le même problème avec les évaluations iCA.

## 3. Les problèmes identifiés

### 3.1 Exportation des données

Les trois points ci-dessous découlent de l'entretien avec l'équipe informatique :

1/ L'équipe informatique a indiqué que l'exportation des données depuis le logiciel n'est pas intuitive ; les valeurs par défaut ne sont pas explicites. L'export se fait dans un format interRAI d'« icodes » alors qu'il avait été demandé d'exporter les variables correspondant au format RAI suisse lors du pilote. Il fallait prendre garde à plusieurs aspects pour ne pas faire d'erreur. Il fallait se loguer en tant qu'utilisateur pour faire une exportation, au risque de rater une période. Une fois identifiés, ces petits problèmes étaient gérables pour une phase pilote, mais ne le seraient pas dans une pratique courante.

2/ Problème de correspondance entre les données saisies et les données exportées : des variables supplémentaires apparaissent après exportation (des variables vides et des colonnes dédoublées) et ceci a entraîné une certaine méfiance à l'égard des données. La question se pose de savoir si l'export se base sur un bon « mappage » des variables. Les informaticiens ont rapporté que l'hypothèse a été émise par l'IUMSP que cela était peut-être dû aux calculs de scores dont les algorithmes rappellent plusieurs fois les mêmes variables. Cependant, cette hypothèse a été écartée par l'équipe informatique, arguant que seules les données brutes et les scores calculés doivent être exportés et qu'en aucun cas l'algorithme n'est exécuté lors d'une exportation.

3/ Suite à la constatation du problème énoncé ci-dessus, l'équipe s'est inquiétée de savoir si la fonctionnalité d'exportation avait été testée après les modifications faites à l'outil et avant son utilisation pour le pilote. Ils ont rapporté que personne n'avait pu leur répondre et avaient donc décidé d'entreprendre un test (via le SDPP).

### 3.2 Navigation : points négatifs

Si la navigation est plutôt jugée pratique dans l'ensemble (voir 2.2), quelques difficultés ont cependant été notées :

1/ Si on veut couper une remarque pour la coller sous un autre item, le « couper » ne se fait pas, il faut l'effacer manuellement, avec la barre « delete » ce qui fait perdre du temps (IE).

2/ Si on veut mettre une remarque relative à un item sur lequel on n'est pas en train de travailler, il faut coder cet item pour ouvrir le champ de remarque. Cela implique le risque de coder n'importe quelle valeur pour permettre l'ouverture du champ et d'oublier d'y revenir pour le coder correctement, d'autant plus que ce champ apparaît comme complété sur la barre de progression. (IE)

3/ Certains thèmes pourraient être regroupés, car leur suite n'est parfois pas logique (FG IR)

4/ Si l'enregistrement automatique rassure les IE, d'un autre côté, l'équipe de projet a mentionné que des plaintes sont remontées concernant le fait de devoir valider chaque item, procédé jugé contraignant.

5/ Le besoin d'améliorer la navigation sur les outils mobiles a été mentionnée par une personne (IR) dans le questionnaire, mais personne n'a trouvé que ce point posait problème lorsque cela a été évoqué en focus group.

### 3.3 Verrouillage des évaluations

Une IE a suggéré que les utilisateurs puissent déverrouiller les évaluations eux-mêmes si besoin de modification suite à une erreur de codage. La demande de déverrouillage des évaluations a par ailleurs été faite quelques fois au support métier coRAI.

Cependant du point de vue des informaticiens, ce verrouillage est un point positif qui peut éviter des problèmes d'instabilité comme c'est le cas avec le RAI-HC<sub>Suisse</sub> (la possibilité de réutilisation de formulaires rend floue la distinction entre la correction d'une évaluation ou une nouvelle évaluation), ou alors il faudrait réfléchir à l'introduction d'un module spécifique qui indiquerait qu'il s'agit de correction. A cet aspect s'ajoute le besoin d'une interface qui informerait des changements effectués pour l'exploitation des données (« sinon ça existera dans le datawarehouse mais pas dans l'application »). Il y a donc un besoin de synchronisation bi-directionnelle entre l'ICA et Medlink.

### 3.4 Graphisme

Une personne a estimé que les onglets sont trop nombreux créant ainsi une certaine « pollution visuelle ».

### 3.5 Rapport de résultats difficile à lire et interpréter

1/ Les IE ont indiqué que le rapport généré par le logiciel est compliqué à lire et qu'elles n'arrivaient pas à distinguer les échelles des alarmes. Elles ne mettaient pas cette difficulté sur le compte de l'apprentissage d'un nouvel outil. Cela rendait d'autant plus difficile la restitution directe au client. Il y a eu des tentatives de mieux comprendre à l'aide de la documentation, mais elles ont abandonné faute de temps. Elles pensaient que le rapport devrait être clarifié et simplifié.

2/ En FG, les IE ont suggéré un remaniement de ce document différenciant clairement les échelles des alarmes. Elles se sont également posées la question de savoir s'il y a vraiment besoin des échelles pour brosser un tableau suffisamment significatif de la situation de la personne.

3/ Les IE ont dit qu'il est par ailleurs difficile de faire le lien entre le rapport des échelles et alarmes et le support d'analyse « la roue » qu'on leur conseille d'utiliser. Elles utilisent donc plutôt le support d'analyse sans trop se préoccuper du rapport.

4/ Quant aux IR, elles rapportent avoir utilisé le rapport pour voir quelles alarmes s'étaient allumées et en discutaient avec le client et /ou les collègues. Par contre elles n'ont pas ou peu utilisé les échelles car elles ne se sentaient pas capables de les interpréter.

5/ Les IR ont aussi exprimé que certains termes du rapport ne sont pas évidents, notamment pour la discussion avec le client (ex : AIVQ, échelle des atteintes sensorielles... etc). De même elles ont expliqué qu'elles utilisent le rapport de résultats lors de restitutions aux collègues mais avec un échange autour, sans quoi « ce serait compliqué ».

6/ Les RC n'ont pas testé le logiciel mais il semble que globalement le retour reçu des IR soit plutôt positif : le PDF serait bien structuré et les choses essentielles ressortiraient (échelles et alarmes).

### 3.6 Lien entre les items et les alarmes et échelles (IE)

Les IE ont noté qu'en l'état il n'est pas possible, lors de la lecture du rapport de résultats, de faire le lien entre une alarme ou échelle et ce qui l'a déclenchée, comme c'est le cas dans le RAI-HC<sub>Suisse</sub>. Le rapport de résultats est donc difficile à utiliser. Il est estimé que pour pouvoir analyser les situations, il faut que l'on puisse voir le lien logique entre les items et les échelles et alarmes.

De même l'équipe de projet a noté qu'il est dommage de perdre ces informations dans le rapport de résultats et qu'il serait intéressant pour l'analyse clinique ainsi que pour les référents de savoir pourquoi et comment on arrive aux résultats indiqués dans le document PDF. Par ailleurs, le PDF ne rend pas possible la comparaison dans le temps, contrairement au RAI-HC<sub>Suisse</sub>.

### 3.7 Utilisation de la batterie

Une personne (IR) a mentionné dans le questionnaire que le logiciel est très gourmand quant à l'utilisation de la batterie de la tablette mais la question n'a pas été posée en focus group et ce point reste à vérifier au besoin (était-ce plutôt un problème avec la batterie de la tablette ?)

### 3.8 Utilisation hors connexion

Deux IR et deux IE ont eu des problèmes de connexion Internet pendant l'utilisation de l'outil chez les clients.

Les RC ont indiqué que les professionnels ont rencontré durant ce pilote les mêmes problèmes de connexion à Internet que « d'habitude, ni plus ni moins » et que dans ces cas-là ils ont dû documenter leurs évaluations sur papier puis les ont entrées dans le logiciel de retour au bureau.

## 4. Besoins relatifs au logiciel et à son intégration dans le système en place en vue d'un déploiement cantonal

Outre les problèmes rencontrés avec le logiciel testé, restitués au point 3 ci-dessus, nous rapportons dans cette section des points d'attention spécifiques au cadre du déploiement, tels qu'ils sont anticipés par les différents professionnels.

### 4.1 Intérêt et risques potentiels de l'utilisation des identifiants d'accès usuels

Les informaticiens ont évoqué l'intérêt de pouvoir utiliser pour l'ICA les identifiants d'accès usuels pour des raisons d'optimisation de la maintenance ainsi que de confort des utilisateurs. Si le principe semblait évident pour l'équipe, cette option a généré un questionnement sur les risques en terme de sécurité des données : le fait que les données iCA soient stockées dans un cloud pourrait constituer une porte d'entrée dans le système informatique de l'AVASAD. L'équipe a conclu que cette option devrait être analysée plus en détail.

### 4.2 Protection des données/sécurité

1/voir point 4.1

2/ Point lié : Dans le cas où les données iCA restent, comme durant la phase pilote, stockées dans un cloud, elles sont hébergées en Europe, et la nouvelle réglementation européenne devra s'y appliquer (dès mai 2018) (entretien informaticiens).

3/ Le périmètre d'utilisation devra être défini pour chaque CMS ou utilisateur afin de s'assurer qu'un professionnel d'un CMS ait accès uniquement aux données des clients de son périmètre. Cela rend nécessaire une interface de plus par laquelle Medlink enverrait au logiciel de l'ICA les périmètres d'accès (entretien informaticiens). A ce sujet, nous ajoutons avoir eu connaissance d'un bref problème, rapidement résolu, de périmètre d'accès pendant lequel les données RAI des EMS étaient accessibles par l'AVASAD, sans savoir quelle était la source du problème.

### 4.3 Intégration des données de l'ICA dans Medlink

L'intégration des évaluations iCA dans Medlink selon le modèle existant pour le RAI-HCSuisse et non sous la forme d'un résumé des résultats en format PDF, est souhaitée par les IE et les IR. Les IE ont mentionné qu'elles souhaitent depuis longtemps que les autres professionnels du CMS aient accès aux évaluations, et qu'elles pensent que ces données restent très peu consultées dans Medlink. Les IR pensent que cette intégration est très importante sans quoi la démarche n'aurait pas de sens. L'équipe de projet a aussi noté le besoin que chacun puisse retrouver les données relatives à l'évaluation d'un client dans son dossier, comme c'est le cas avec RAI-HCSuisse, même si tous les collaborateurs n'ont pas connaissance de cette possibilité.

L'équipe de projet estime aussi que la double saisie effectuée aujourd'hui n'est pas envisageable pour un déploiement cantonal. Il devra y avoir une transmission directe de ces informations entre Medlink et le logiciel qui sera utilisé.

De plus elle voit avec le déploiement le besoin d'intégration des données iCA et Medlink pour la génération automatique de documents (synthèse d'assurance, restitution au médecin, ...) comme c'est actuellement le cas pour le RAI-HCSuisse, ce type de document étant généré à la fois à partir d'éléments de l'évaluation et d'éléments du dossier client. Le fait de n'avoir les résultats de l'évaluation que sous forme d'un document PDF n'est pas satisfaisant ; un référant non formé pour

le lire ne saura pas comment l'utiliser. Ils estiment qu'il y a là un travail d'accompagnement à faire qui n'a pas été fait pendant le pilote.

Pour effectuer la planification, les RC souhaitent que tout soit intégré dans Medlink plutôt que d'avoir un planning séparé pour les réévaluations. Cependant, entendant le retour de leurs collaborateurs quant à la facilité d'accès du logiciel testé, elles ne souhaitent pas que cet outil soit repensé sous le même format que le RAI-HCSuisse dans Medlink, jugé compliqué d'accès.

### 4.4 Correspondance avec les autres solutions interRAI :

Il faudra que la solution choisie soit compatible avec les autres solutions interRAI (entretien informaticiens).

### 4.5 Utilisation hors connexion

L'équipe informatique a confirmé que le logiciel testé ne peut être utilisé que dans les zones disposant d'une connexion suffisante à Internet, ce qui n'est pas le cas partout dans le canton. En effet, le logiciel ne permet pas une utilisation offline, par laquelle les données seraient stockées provisoirement sur la tablette pour alimenter le logiciel automatiquement lorsque la connexion est rétablie. Ceci est identifié comme un point bloquant par l'équipe, qu'il sera impératif de régler avant le déploiement.

En focus group, une IE a indiqué qu'elle doit souvent travailler sans connexion Internet. Le fait de ne pas pouvoir télécharger son formulaire au bureau, comme pour une évaluation RAI-HCSuisse, est problématique et constitue pour elle une autre bonne raison d'intégrer l'ICA à Medlink.

### 4.6 Rapport de résultats

Il était de l'avis d'au moins un membre de l'équipe informatique que tous les documents officiels générés suite à une évaluation devraient l'être automatiquement. L'idée étant de réduire au maximum les interventions manuelles pour éviter les erreurs. Cela demanderait aussi l'utilisation d'une interface.

### 4.7 Proposition d'un outil « extensible » ou « à tiroirs »

Le groupe des IE a mentionné les constats suivants quant à l'iCAtest:

- Pour certains clients, il manque l'évaluation de certains domaines (ex : pb urinaires,...)
- cet outil n'est pas si light que cela
- si on y rajoute des items, l'ICA se rapprocherait du RAI et perdrait son sens

Partant de ce constat par le groupe, une IE a suggéré l'idée d'un outil modulable qui remplacerait les 3 (IEDscreener, iCA et RAI-HCSuisse). Selon cette idée, cet outil permettrait d'aborder superficiellement chaque domaine, avec des cases qui s'ouvrent au besoin. L'intérêt étant de ne pas investiguer plus loin s'il n'y a rien à signaler sur un aspect, mais d'avoir des items d'évaluation au besoin.

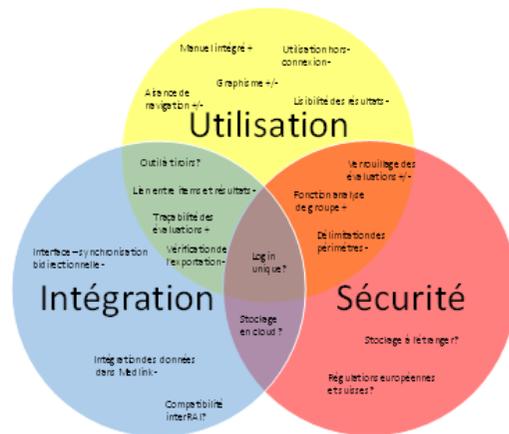
Lors de leur FG, nous avons informé les IR de l'idée évoquée par leurs collègues IE. Elles ont unanimement trouvé que cela était une idée très intéressante et permettant de rendre l'outil serait plus adapté à chaque situation. En effet, certaines d'entre elles trouvaient que l'iCAtest était trop détaillé et d'autres trouvaient qu'il ne l'était pas assez.

## 5. Autres remarques

La page dynamique des résultats n'a pas été utilisée par les IE conviées au focus group. L'une d'entre elle explique qu'elles ont déjà beaucoup les yeux sur l'écran et doivent quand même garder un contact visuel avec le client. Quant aux IR, elles l'ont trouvé inutile ou n'avaient pas conscience de son existence. Toutes se sont référées au rapport final uniquement.

## 6. Résumé des points informatiques identifiés à adresser avant un déploiement cantonal

Le graphique ci-dessous résume les points positifs (suivis d'un « + ») à conserver, les points à améliorer (« - ») ainsi que des points d'attention spécifiques à un élargissement du projet (« ? ») énoncés par les différents acteurs. Ils sont classés selon leur contexte : l'utilisation, l'intégration dans Medlink et/ou les aspects de sécurité des données.



## 7. Conclusion et recommandations

Après consultation des nombreuses sources d'information, il semblerait qu'en ce qui concerne le logiciel testé, en l'état un seul point bloquant pour un déploiement cantonal ait été identifié. Il s'agit de l'impossibilité de travailler sur le logiciel hors connexion Internet. Les autres points énoncés relèvent soit d'améliorations à apporter soit de réflexions à avoir avant d'entrer dans une phase de déploiement.

Outre la considération de ces points nécessitant des améliorations, il s'agira pour la suite de ne pas omettre de prendre également en compte toutes les remarques positives pour l'établissement d'un cahier des charges dans le cas d'une orientation vers un autre produit que celui testé durant le pilote.

Ce que les informaticiens ont rapporté pendant l'entretien n'était pas préparé. Il ne s'agit que d'une première étape qui consistait en des réponses « à chaud » à nos questions. Il faut également noter qu'ils n'avaient pas eu en main la documentation technique du logiciel testé et ne savaient donc pas, au moment de l'entretien, si certaines adaptations étaient possibles avec ce logiciel. De notre point de vue, il est maintenant indispensable que des réunions spécifiques soient organisées afin d'identifier dès le départ les besoins techniques futurs pour assurer un déploiement dans les meilleures conditions possibles. Les connaissances de l'équipe coRAI sur l'outil iCAtest et le logiciel doivent être mises en relation avec la connaissance du terrain et des besoins techniques de l'AVASAD. Il s'agirait donc de mettre en parallèle les besoins et contraintes des divers acteurs pour arriver à un cahier des charges du logiciel qui soit le plus exhaustif possible, tout en respectant les impératifs de la protection des données. A ce sujet, une consultation juridique semble essentielle. Dans ce contexte, nous suggérons le partage dès que possible du présent rapport avec l'équipe informatique et l'équipe de projet de l'AVASAD.

## 8.8 Evaluation des coûts liés à l'utilisation des outils iEDscreener et iCAtest - Rapport intermédiaire



Annexe 9

Evaluation coRAI CMS

### Evaluation des coûts liés à l'utilisation des outils iEDscreener et iCA<sub>test</sub>

Rapport intermédiaire

1 février 2018

1  
LSB

#### Périmètre du rapport

Ce document rapporte certains éléments relatifs aux coûts liés à l'utilisation de l'iEDscreener et de l'interRAI Contact Assessment version pilote (iCAtest) lors du pilote coRAI AVASAD, afin de répondre aux questions définies dans le protocole d'évaluation, version du 17/10/2017, révisée 2/11/2017.

Les questions d'évaluation étaient les suivantes :

- 14a. Quels sont les coûts de la formation (AUA et interRAI Contact Assessment)?
- 14b. Quels sont les coûts liés au help desk (support métier coRAI) ?
- 14c. Quels sont les coûts des évaluations par interRAI Contact Assessment?
- 14d. Quelle est la proportion d'évaluations de clients non OPAS7 pour lesquelles les assureurs ont refusé le remboursement ?

Pour rappel, le pilote coRAI comprenait l'introduction de deux nouveaux outils d'évaluation des clients des CMS:

- l'iEDscreener, outil de dépistage utilisé par téléphone par les infirmiers(-ères)-analystes (IA) lors de l'analyse d'une nouvelle demande. A noter que l'iEDscreener était aussi utilisé par les infirmiers(-ères) évaluateurs (-trices) RAI (IE) en face-à-face lors des ré-évaluations de clients OPAS7.
- l'iCAtest, utilisé par les infirmiers(-ères) référent(e)s (IR) pour l'évaluation des clients NonOPAS7, et par les infirmiers(-ères) évaluateurs RAI (IE) lors de l'évaluation des clients OPAS7 ayant un score <4 selon l'iEDscreener.

#### Méthodes

Ce rapport se base sur les données fournies par les chefs de projet coRAI de l'AVASAD<sup>1</sup> :

- Nombre d'heures consacrées à la formation à l'outil iED screener et à l'outil iCAtest par les responsables du projet à l'AVASAD et par les professionnels directement impliqués dans l'évaluation des clients des CMS
- Nombre d'heures consacrées au support métier coRAI par l'équipe de projet à l'AVASAD
- Nombre d'heures consacrées aux évaluations iCAtest par les professionnels directement impliqués dans l'évaluation des clients (OPAS7 vs nonOPAS7)

<sup>1</sup> Les entretiens et focus groups apporteront peut-être des informations utiles pour éclaircir certaines données présentées dans ce rapport, mais ce matériel n'était pas encore disponible à fin janvier 2018.

2  
ICR

- Salaire horaire moyen des responsables de projet de l'AVASAD et des professionnels directement impliqués dans l'évaluation des clients des CMS
- Nombre d'évaluations iCAtest (OPAS7 vs nonOPAS7) facturées aux assureurs, et montants facturés
- Nombre d'évaluations iCAtest (OPAS7 vs nonOPAS7) remboursées et montants remboursés

## Résultats

### a. Quels sont les coûts de la formation aux nouveaux outils ?

Tout d'abord, les membres de l'équipe de projet de l'AVASAD se sont formés à l'utilisation de l'iEDscreener et de l'iCAtest, de manière à assumer le rôle de formateurs lors des séances en groupe, mais aussi pour animer les ateliers de consolidation de la pratique et proposer un accompagnement individuel. Ils assumaient aussi le soutien en cas de questions durant l'entier du pilote.

Pour les professionnels impliqués dans les évaluations des clients, la formation à l'utilisation des deux outils était la suivante :

- iEDscreener : 5 heures de séance, en groupe. Les personnes formées à l'utilisation étaient les IA de la CASAD et du CMS de Moudon (soit 10 professionnels) ainsi que les IE participant au pilote (10 professionnels).
- iCAtest : Formation initiale sous forme de plusieurs séances en groupe, d'une durée totale de 25.5 heures. Après un temps de pratique, cette formation a été complétée par un atelier de consolidation de la pratique (2h) au sein de chaque CMS. Deux heures d'accompagnement individuel étaient aussi proposées. Les 14 IR et les 10 IE, soit 24 professionnels, ont été formés à l'utilisation de l'iCA.

Les deux tableaux ci-dessous indiquent les estimations du coût des formations pour l'ensemble de ces professionnels.

TABLEAU 1 : NOMBRE D'HEURES ET COÛTS DE FORMATION DES FORMATEURS

Nombre de formateurs	Coût horaire moyen *	Temps moyen passé à se former (heures)	Temps moyen de préparation (heures)	Temps moyen en formation initiale (heures)	Temps moyen en consolidation (heures)	Temps moyen en accompagnement individuel (heures)	Coût total
3	81	25	30	52	4	12	29'889

\* y.c. charges sociales

3  
LSB

TABLEAU 2 : NOMBRE D'HEURES ET COÛTS DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DES CMS

Type de personnel infirmier	Coût horaire moyen *	Temps formation initiale par collaborateur	Temps passé consolidation par collaborateur	Coût par collaborateur	Nombre de collaborateurs	Coût total
IA	69	5 heures	-	345	10	3'450
IR	63	25.5 heures	3 heures	1795.5	14	25'137
IE	63	25.5 heures	2 heures	1732.5	10	17'325
<b>Total</b>						<b>45'912</b>

\* y.c. charges sociales

Ainsi, dans le cadre du pilote, environ 30'000CHF ont été nécessaires pour assurer la formation des 3 formateurs, ainsi que le temps passé à former leurs collègues. Par ailleurs, environ 46'000CHF sont estimés pour la formation des 38 infirmiers/-ères impliqués auprès des clients, soit un total de 77'000CHF.

### b. Quels sont les coûts liés au help desk (support métier coRAI) ?

L'équipe de projet coRAI de l'AVASAD était à disposition par téléphone dès l'introduction de l'iEDscreener en février 2017. Pour l'entier du pilote, elle a consacré 38 heures à répondre aux questions relatives à cet outil. Suite à l'introduction de l'iCAtest, une adresse courriel spécifique a été créée. Les questions ont fait l'objet d'une documentation par l'équipe de projet coRAI de l'AVASAD : à mi-novembre 2017, 52 demandes étaient parvenues au support métier coRAI. Le temps passé à résoudre ce genre de demandes est estimé à 40 heures entre le début du pilote et la mi-novembre 2017 (soit environ 3200CHF, d'après le coût horaire des formateurs).

### c. Quels sont les coûts des évaluations par l'iCAtest ?

L'estimation des coûts des évaluations par l'iCAtest repose sur les relevés d'activité des professionnels des CMS, enregistrés à but de facturation. Selon les consignes édictées par l'AVASAD pour le pilote, la facturation du temps passé à l'évaluation par l'iCAtest devait être effectuée au moyen de deux codes spécifiques. Pour les clients en demande de soins OPAS7, l'évaluation est facturée à l'assurance-maladie sous le code «4177», tandis que les évaluations de clients en demande d'aide pratique (nonOPAS7) étaient enregistrées au moyen du code «4178», non facturable à l'assurance-maladie.

Les professionnels saisissaient sous ces codes, de manière cumulée, le temps d'évaluation auprès du client, ainsi que l'analyse et la documentation de l'évaluation, de même que la transmission à l'infirmier/-ère référent/e, ces dernières tâches étant effectuées au CMS. Seules les activités liées à l'apprentissage de l'outil (recherche d'informations sur la manière de coder les items, p.ex.) étaient en principe enregistrées à part, et par conséquent n'étaient pas facturées.

4  
LSB

Aussi, les postes de facturation donnent une indication quant à la durée de l'entier de la démarche d'évaluation mais ne permettent pas une estimation valide du temps moyen nécessaire à la passation du formulaire iCA auprès du client. De plus, à fins de planification, les soignants formés à l'iCA ont reçu des indications quant à la durée « standard » d'une évaluation iCA (durée prévue de 45 minutes auprès du client et de 45 minutes additionnelles en l'absence du client, qu'ils peuvent utiliser intégralement sans justification).

La présentation des données agrégées par CMS (juin-septembre 2017) a permis de constater une grande hétérogénéité de la durée moyenne d'évaluation selon le CMS, allant pratiquement du simple au double, tant pour les clients avec demande d'aide (durées moyennes par CMS : 50 à 93 min, moyenne des moyennes: 62 +/- 15 min) que pour ceux avec demande de soins (durées moyennes par CMS : 57 à 153 min, moyenne des moyennes: 81 +/- 40 min). Plusieurs facteurs ont été évoqués pour expliquer cette hétérogénéité : différence de lourdeur des cas, de pratique professionnelle durant l'évaluation, ou de pratique de facturation. Aussi, il avait été proposé que les infirmiers documentent la durée de chaque évaluation, avec le détail des durées des différentes étapes, pour un nombre-cible de clients de profils différents. Au vu de l'implantation lente du pilote sur le terrain, cette option a été différée sur décision du Service de la santé publique. Les infirmières (IR et IE) ont été questionnées sur le temps qu'elles estimaient nécessaire pour conduire une évaluation auprès du client, ainsi que pour la documentation des dossiers et l'analyse suivant l'évaluation. Les IR ont estimé que 45 à 90 minutes (moyenne: 62) étaient nécessaires chez le client et 15 à 90 minutes (moyenne: 47) étaient nécessaires pour la documentation. Quant aux IE, elles ont estimé qu'il fallait 30 à 90 minutes (moyenne: 54) chez le client et 40 à 90 minutes (moyenne: 64) pour la documentation.

Les données ci-dessous différencient la durée moyenne d'évaluation iCAtest selon le type de demande de prestations, OPAS7 ou nonOPAS7. Comme elles reposent sur des durées très variables, elles ne doivent être considérées qu'à titre indicatif. On observe tout de même une différence de la durée moyenne d'évaluation selon le type de demande du client, probablement en lien avec la lourdeur du cas. Ce point a aussi été relevé par les infirmières participant au pilote (IE et IR). On observe que ces durées enregistrées sont inférieures à celles que les infirmières estimaient nécessaires.

TABEAU 3 : NOMBRE D'HEURES ET COÛTS DES ÉVALUATIONS PAR L'iCAtest

Type de clients du CMS	Nombre d'évaluations iCA effectuées (juin - novembre)	Nombre d'heures d'évaluations iCA	Durée moyenne par évaluation iCA	Coût par évaluation iCA	Total
<b>Demande de soins (OPAS7)</b>	149	252 heures	1h41	140CHF	<b>20'828CHF</b>
<b>Demande d'aide (nonOPAS7)</b>	133	162 heures	1h12	100CHF*	<b>13'390CHF</b>
<b>Total</b>	<b>282</b>	<b>414</b>	-	-	<b>34'218CHF*</b>

\*sur la base de l'estimation du coût d'une heure d'évaluation chez les clients OPAS7 : 20'828CHF ont été facturés pour 252 heures, correspondant à 149 évaluations.

Concernant les évaluations iCAtest pour des clients avec demande de soins, un montant de 20'828CHF a été facturé aux assureurs-maladies, soit environ 140CHF par évaluation. Le montant final remboursé n'est pas encore connu au 31 janvier 2018. Quant aux évaluations iCAtest pour les clients nonOPAS7, leur coût est estimé à 13'390CHF (en imputant le même coût horaire que celui d'une évaluation de client OPAS7).

**d. Quelle est la proportion d'évaluations de clients non OPAS7 pour lesquelles les assureurs ont refusé le remboursement ?**

Neuf évaluations iCA de clients en demande d'aide pratique, mais chez qui un besoin de soins OPAS7 avait été constaté, ont été facturées aux assureurs. Au 31 janvier 2018, 7 d'entre elles avaient fait l'objet d'un refus de remboursement. Ces chiffres sont trop limités pour investiguer d'éventuelles différences de pratique de remboursement selon l'assureur, mais témoignent d'une attitude défavorable quant au remboursement des évaluations de clients en demande d'aide. En revanche, l'AVASAD note une excellente acceptation par les assureurs des évaluations iCA pour les clients en demande de soins, sans incidence sur le règlement de la facture.

**Conclusion et recommandations en vue d'un déploiement cantonal**

Sur la base des informations disponibles en janvier 2018, ce rapport constitue une base pour évaluer le coût du déploiement à venir. Le rapport final complètera ces premières estimations par les informations pertinentes issues des entretiens et focus groups menés avec les professionnels en fin d'année 2017. De même, il intégrera d'éventuelles données supplémentaires disponibles au mois de février ou mars 2018, relatives aux remboursements par exemple.

**Coûts de la formation :** Les coûts de la formation sont à mettre en relation d'une part avec l'appréciation qu'en font les professionnels. Selon les données actuellement disponibles, la quantité de formation proposée semble convenir. D'autre part, les coûts de formation du personnel sont à mettre en lien avec l'utilisation dans leur pratique. Si les IA ont effectué plus de 1000 analyses de la demande avec l'iED screener, le nombre d'évaluations iCA est resté faible malgré une prolongation de la phase pilote.

Cet aspect sera détaillé dans le rapport final et devra être considéré pour le déploiement.

**Coûts liés au help-desk** : l'équipe de projet a consacré environ 80 heures à répondre aux diverses questions liées à l'iEDscreener ou à l'iCAtest. Globalement, le recours au support métier coRAI semble avoir été limité, mais ses modalités devront également être re-pensées dans le cadre du déploiement.

**Coûts des évaluations par l'iCAtest** : Les chiffres présentés dans ce rapport reposent sur des données très hétérogènes. Pour répondre au souhait de mieux comprendre ce qui influence la durée de l'évaluation iCAtest, l'option de la collecte de données ad hoc devrait être mise en place pour un échantillon de clients OPAS7 et nonOPAS7. Elle reposerait sur la documentation en temps réel par les infirmiers/-ères de la durée des différentes phases de l'évaluation iCA (temps passé auprès du client/temps nécessaire à l'interprétation des données, à l'élaboration du plan de soins, à la transmission d'informations aux collègues/...).

**Remboursement des évaluations par l'iCA** : la prise en charge du coût d'évaluation semble acquise pour les clients en demande de soins, et au contraire, très rare pour ceux en demande d'aide. On peut postuler que les assureurs soient encore moins favorables au remboursement d'évaluations effectuées par des collaborateurs non-infirmiers, selon l'option discutée dans le cadre du déploiement. Des négociations avec les assureurs devraient être entreprises.

## 8.9 Analyse de la concordance entre le score iAUA par téléphone et celui issu de l'iCAtest – rapport intermédiaire



Annexe 10

Evaluation coRAI CMS

**Analyse de la concordance entre le score iAUA par téléphone et celui reconstruit sur la base des données collectées par l'interRAI Contact Assessment**

28 juin 2018

### 1. Population source

#### Ensemble des nouvelles demandes NON OPAS 7 de juin à novembre 2017.

Les nouvelles demandes non OPAS7 reçoivent un dépistage iAUA par téléphone suivi, quel que soit leur niveau de risque, de l'évaluation interRAI Contact Assessment (iCAtest) par un infirmier référent.

CMS concernés : Moudon, Oron, Epalinges, Le Mont, Echallens.

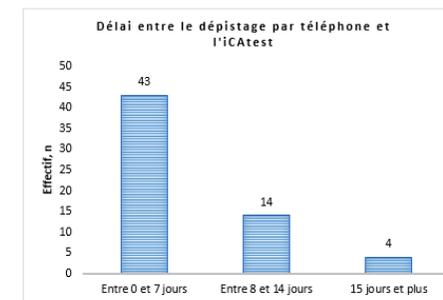
Sont exclus :

- Les nouvelles demandes OPAS 7
- Les réévaluations OPAS 7 ou non OPAS 7
- Les demandes avec iED screener par téléphone antérieur à mai 2017
- Les demandes avec un délai entre l'iED screener par téléphone et l'iCAtest supérieur à 30 jours

### 2. Description population

La population étudiée comprend 61 nouvelles demandes non OPAS 7 ayant eu lieu entre fin mai et novembre 2017 avec un iED screener par téléphone suivi d'un iCAtest à domicile. Ces 61 nouvelles demandes sont liées à 61 clients différents. Deux tiers des clients (42/61) sont des femmes.

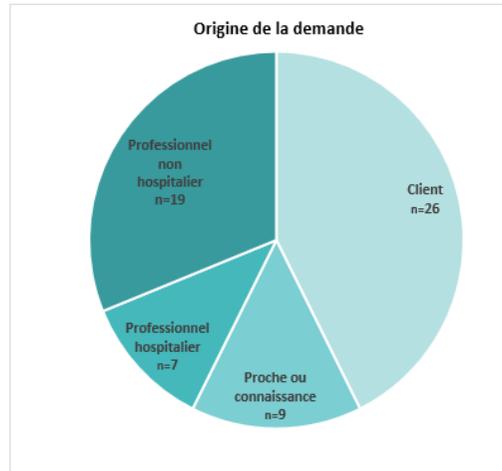
#### 2.1. Délai entre l'iED screener par téléphone et l'iCAtest



Le délai médian entre l'iED screener par téléphone et l'évaluation iCAtest à domicile est de 6 jours (min 0 / max 27). Plus des deux tiers des clients (43/61) ont été évalués dans les 7 jours qui ont suivis l'iED par téléphone. Pour moins de 10% (4/61), l'évaluation a eu lieu après 15 jours<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Exclusion des 3 cas pour lesquels l'évaluation a eu lieu après 30 jours

2.2. Origine de la demande



Le client est à l'origine de la demande dans 26 cas sur 61. Dix-neuf sont réalisées par un professionnel non hospitaliers et 7 par un professionnel hospitalier. Les 9 demandes restantes étant effectuées par un proche ou une connaissance.

Quinze de ces nouvelles demandes font suite à une sortie d'hôpital<sup>2</sup> mais un professionnel hospitalier est à l'origine de la demande pour 5 d'entre elles seulement.

2.3. Source des informations

Des informations données par le client ont été utilisées pour remplir l'iED screener dans 49 cas sur 61. Pour 47 d'entre eux le client a été l'unique source d'information.

Des informations données par un professionnel hospitalier ont été utilisées dans 6 cas sur 61. Pour 4 d'entre eux le professionnel hospitalier a été la seule source d'information.

Des informations données par un professionnel non hospitalier ont été utilisées pour 3 cas sur 61. Pour 2 d'entre eux le professionnel non hospitalier a été la seule source d'information.

Des informations données par un proche ont été utilisées dans 7 cas sur 61. Pour 4 d'entre eux le proche a été la seule source d'information.

<sup>2</sup> Délai entre date du dépistage et date sortie hôpital < 30 jours (information issue de la variable « Date Sortie Hôpital » de la base Dépistage)

2.4. Informations indisponibles

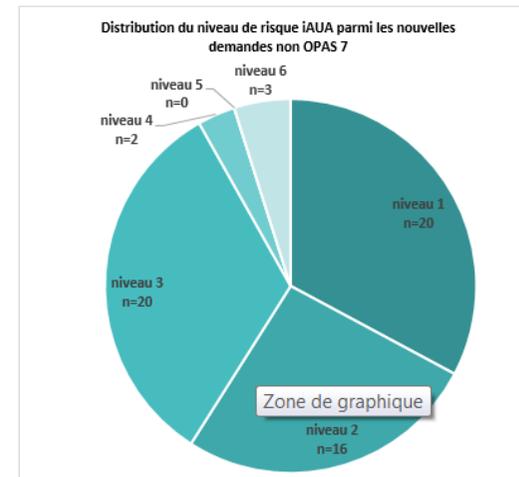
Pour 8 iAUA l'information quant à l'état de santé auto-évaluée était indisponible (score final = 1 ou 2 (n=7) / = 3 (n=1)). Dans ce cas, la consigne était de cocher l'absence de problème.

Pour 3 iAUA l'information quant à la famille ou aux amis (se sentent dépassés ou non) était indisponible (en conséquence et selon la consigne, la réponse a normalement dû être imputée à « non ») (score final = 2 (n=1) / = 4 (n=1) / = 6 (n=1)).

Pour 1 iAUA l'information quant à un éventuel trouble de l'humeur était indisponible (score final = 6).

Dans ces cas, la consigne était de cocher l'absence de problème. A noter que dans la dernière situation, au vu du score à 6, la réponse correspondant à un trouble de l'humeur a été cochée.

3. Distribution des différents niveaux de risque iAUA



Près de 60% des clients de l'échantillon se répartissent sur les deux premiers niveaux d'urgence d'évaluer la situation, et 90% sur les 3 premiers niveaux. Seuls 5 clients ont un niveau d'urgence de procéder à une évaluation gériatrique supérieur ou égal à 4.

4. Analyse de concordance entre le score iAUA par téléphone et l'AUA calculé à partir de l'iCAtest

4.1. Méthode

La concordance entre l'iED par téléphone et l'AUA issu de l'iCAtest est évaluée grâce au coefficient de concordance Kappa de Cohen (non pondéré puis pondéré) et par le tau-b de Kendall.

**Kappa de Cohen** : Le coefficient Kappa mesure l'accord entre deux séries de mesures réalisées sur une même population. Il varie entre -1 et +1. Une valeur de 1 indique une concordance parfaite, une valeur de 0 indique que la concordance ne dépasse pas celle due au hasard. Pour le calcul du Kappa pondéré on attribue un « poids de concordance » qui sera d'autant plus faible que la discordance est importante. Nous avons choisi une pondération linéaire cependant le résultat est à prendre avec précaution dans la mesure où le processus sous-jacent n'est pas linéaire (arbre de décision).

**Tau-b de Kendall** : C'est une mesure de corrélation non paramétrique. Celui-ci peut varier de -1 à +1 ; le signe du coefficient indiquant le sens de la relation. Une valeur de 0 indique que les deux mesures sont indépendantes.

Les paramètres connus qui peuvent influencer la concordance entre les 2 outils sont les suivants :

- Instrument de mesure lui-même (iED Screener par téléphone vs iCAtest)
- Délai entre les deux évaluations
- Personne qui effectue l'évaluation

4.2. Analyse sur l'ensemble de l'échantillon

**Distribution des scores iED screener par téléphone x iCAtest**

Niveau de risque iAUA		issu de l'iCAtest					
		1	2	3	4	5	6
Issu de l'iEDscreener	1	15	0	5	0	0	0
	2	6	3	6	1	0	0
	3	5	3	11	0	0	1
	4	2	0	0	0	0	0
	5	0	0	0	0	0	0
	6	1	1	0	1	0	0

N=61

Tau-b de Kendall : 0.26 (test de H<sub>0</sub> Les deux mesures sont indépendantes : p=0.023)

Kappa : 0.24 [0.09 ;0.40] ; Kappa pondéré : 0.24 [0.06 ;0.41]

**Concordance**

La concordance observée est de 47.5% (29/61). La concordance attendue sous l'hypothèse d'indépendance est de 30.6%. **Le tau-b est de 0.26 et est significativement différent de 0, ce qui implique qu'on peut rejeter l'hypothèse selon laquelle les deux mesures sont indépendantes. Néanmoins, la valeur du coefficient Kappa est de 0.24 [0.09 ;0.40] indiquant une concordance faible.**

**Dans les conditions citées ci-dessus, l'accord entre les 2 instruments est jugé faible.**

**Source de l'information**

Pour 26 des 29 cas pour lesquels le score entre l'iAUA et l'AUA issu de l'iCAtest **concordaient**, la source d'information était le **client seul**.

Pour les cas où les deux scores étaient **discordants** (n=32), la source d'information était :

- le client seul (21)
- le professionnel hospitalier seul (4)
- le professionnel non hospitalier seul (1)
- le proche seul (2)
- le client et le professionnel hospitalier (1)
- le client et le proche (1)
- le proche et le professionnel hospitalier (1)
- le proche et le professionnel non hospitalier (1)
- le proche et le professionnel non hospitalier (1)

**Informations indisponibles**

Pour les 29 cas avec un score iAUA concordant avec l'AUA issu de l'iCAtest, l'information quant à l'état de santé auto-rapportée était manquante pour 1 cas. L'information quant à la famille dépassée ou l'humeur n'était pas manquante. Pour 22 des 32 cas avec un score iAUA discordant avec l'AUA issu de l'iCAtest, les informations quant à l'état de santé, la famille dépassée ou l'humeur n'étaient pas manquantes. Pour les 10 cas restants, l'information était manquante pour :

- l'état de santé autoévalué (6)
- la famille et les amis (se sentent dépassés ou non) (2)
- la présence d'un éventuel trouble de l'humeur (1)
- l'état de santé autoévalué et la famille et les amis (se sentent dépassés ou non) (1)

## 4.3. Analyse restreinte aux iAUA où le client est la seule source d'information

## Distribution des scores iED screener par téléphone x iCA (N=47)

		score AUA issu de l'iCAtest					
		1	2	3	4	5	6
iAUA IED Screener	1	14	0	5	0	0	0
	2	2	2	4	0	0	0
	3	4	3	10	0	0	0
	4	2	0	0	0	0	0
	5	0	0	0	0	0	0
	6	1	0	0	0	0	0

N=47

Tau-b de Kendall : 0.21 (test de H<sub>0</sub> Les deux mesures sont indépendantes ; p=0.108)

Kappa : 0.30 [0.10 ; 0.50]

**Concordance**

La concordance observée est de 55.3% (26/47). La concordance attendue sous l'hypothèse d'indépendance est de 36.2%. **Le tau-b est de 0.30 et n'est pas significativement différent de 0, ce qui implique qu'on ne peut pas rejeter l'hypothèse selon laquelle les deux mesures sont indépendantes. La valeur du coefficient Kappa est de 0.30 [0.10 ; 0.50] ; Dans les conditions citées ci-dessus, l'accord entre les 2 instruments est jugé faible.**

4.4. Analyse restreinte aux iAUA (iED screener et iCAtest) où les informations n'étaient pas manquantes<sup>3</sup>

Cette analyse complémentaire est justifiée par le fait que le score iAUA est construit différemment dans l'iEDscreener et dans l'iCAtest lorsqu'il y a une ou des informations indisponibles sur les items « troubles de l'humeur » et « santé auto-évaluée ». Comme mentionné sous 2.4, lorsqu'une information manque pour l'iEDscreener, la consigne était de cocher l'absence de problème. L'algorithme qui génère l'iAUA sur la base des données de l'iCAtest considère que l'état de santé auto-évalué n'est pas bon lorsque le client ne répond pas à cette question. Par ailleurs, selon les données collectées par l'iCAtest, si une personne déclare des troubles de l'humeur au cours des derniers mois, mais pas au cours des 3 derniers jours, l'algorithme en tiendra compte et indiquera un trouble de l'humeur alors que ce n'est

<sup>3</sup> Exclusion des clients avec un ou plusieurs manquants sur les items iCAtest rentrant en compte dans la construction de l'AUA et de ceux avec un ou plusieurs manquants sur les items iED Screener suivants : Humeur/Famille dépassée/État de santé autoévalué

pas le cas avec l'iEDscreener qui se limite aux 3 derniers jours. Cette discrédance est source de discordance entre l'iAUA issu de l'iED screener et celui issu de l'iCAtest.

## Distribution des scores iED screener par téléphone x iCAtest (N=43)

		score AUA issu de l'iCAtest					
		1	2	3	4	5	6
iAUA IED Screener	1	12	0	4	0	0	0
	2	3	2	4	0	0	1
	3	3	3	9	0	0	0
	4	1	0	0	0	0	0
	5	0	0	0	0	0	0
	6	0	0	0	0	0	1

N=43

Tau-b de Kendall : 0.35 (test de H<sub>0</sub> Les deux mesures sont indépendantes ; p=0.010)

Kappa : 0.31 [0.11 ; 0.50]

**Concordance**

La concordance observée est de 53.5% (24/43). La concordance attendue sous l'hypothèse d'indépendance est de 33.0%. **Le tau-b est de 0.35 et est significativement différent de 0, ce qui implique qu'on peut rejeter l'hypothèse selon laquelle les deux mesures sont indépendantes. La valeur du coefficient Kappa est de 0.31 [0.11 ; 0.50] ; Dans les conditions citées ci-dessus, l'accord entre les 2 instruments est jugé faible.**

## 1. Conclusion

L'analyse indique que le niveau de risque iAUA issu de l'iEDscreener effectué par les analystes par téléphone et celui reconstruit à partir de l'iCAtest lors de l'évaluation à domicile ont un degré de concordance relativement faible, même lorsqu'on restreint l'analyse aux données complètes sur les items inclus dans l'algorithme.

## 8.10 Analyse des données des clients des CMS en vue de déterminer un seuil de score iAUA pour l'administration de l'iCAtest



Annexe 11

Evaluation coRAI CMS

### Analyse des données des clients des CMS en vue de déterminer un seuil de score iAUA pour l'administration de l'iCAtest

Rapport complémentaire

29 juin 2018

Version révisée 16 octobre 2018

#### Périmètre du rapport

Ce rapport vise à répondre à la question suivante: *Pour quel niveau de l'interRAI Assessment Urgency Algorithm (iAUA) est-il pertinent d'effectuer une évaluation par l'outil interRAI Contact Assessment (iCAtest), par le RAI-Home Care Suisse (RAI-HCSuisse), ou aucune évaluation ?*

Les éléments de réponse à cette question sont issus de l'analyse des données des clients des CMS du pilote, en particulier l'examen selon le niveau de risque iAUA :

- du profil sociodémographique et de santé
- des prestations fournies (type/quantité)

Le rapport présente tout d'abord les analyses portant sur le collectif de clients nonOPAS7, puis celles concernant les clients OPAS7. Il n'est en effet pas possible de regrouper ces deux collectifs pour les analyses puisque les données sont issues d'instruments d'évaluation différents iCAtest vs RAI-HCSuisse). La synthèse des résultats et les recommandations sont néanmoins présentées pour l'ensemble des clients, sans différencier OPAS7 et nonOPAS7.

Pour rappel, un rapport intermédiaire transmis le 25.1.2018 a apporté une réponse à la question *S1d. Dans quelle mesure le niveau de risque iAUA issu du dépistage iEDscreener par les analystes au téléphone et celui reconstruit à partir de l'évaluation iCAtest au domicile du client sont-ils concordants?*. Cette analyse a conclu à une concordance faible, liée à deux facteurs potentiels. Tout d'abord, il a été relevé que l'iAUA issu du dépistage iEDscreener par téléphone pouvait être inexact, en particulier en l'absence d'informations pour certains items. Dans ces situations, la consigne était de considérer que l'item manquant était « non problématique », d'où une tendance à la sous-estimation du score iAUA. Une analyse complémentaire excluant les cas avec données manquantes n'a cependant pas modifié significativement les résultats (rapport mis à jour, version 28.6.2018 annexé). L'autre facteur, probablement plus important, est l'évolution de l'état de santé du client entre le moment du dépistage et celui de l'évaluation à domicile. En effet, les infirmières effectuant l'évaluation à domicile ont constaté dans un nombre non négligeable de cas que le score iAUA du dépistage par téléphone ne correspondait pas à la situation actuelle du client, parce que l'état de santé du client avait évolué de manière favorable ou défavorable durant ce laps de temps.

## Méthodes

Ce rapport se base sur les données fournies par l'AVASAD pour les clients des CMS participant au pilote:

- Niveau de risque iAUA issu de l'iED screener (nouvelles demandes de clients nonOPAS7 et OPAS7 et ré-évaluations des clients OPAS7 ; les clients nonOPAS7 au bénéfice d'une ré-évaluation n'ayant pas de dépistage par l'iEDScreener)
- Données issues des évaluations iCAtest (clients nonOPAS7 : nouvelles demandes et ré-évaluations ; clients OPAS7 des CMS appliquant l'approche par strates : nouvelles demandes et ré-évaluations des clients avec iAUA<4)
- Données issues des évaluations RAI-HC<sub>Suisse</sub> (clients OPAS7 : nouvelles demandes et ré-évaluations des clients des CMS n'appliquant pas l'approche par strates, et des clients avec iAUA≥4 des CMS appliquant l'approche par strates)
- Données sur les prestations fournies durant le mois précédant et suivant l'évaluation

## Résultats

### A. Quel niveau de score iAUA est pertinent pour l'utilisation de l'iCAtest, du RAI-HC<sub>Suisse</sub>, ou d'aucune évaluation supplémentaire chez les clients nonOPAS7 ?

#### Population :

La population d'intérêt comprend l'ensemble des nouvelles demandes et réévaluations NON OPAS7 au bénéfice d'un iCAtest. La période couverte s'étale de juin 2017 à mars 2018. **Afin de disposer d'une taille d'échantillon correcte, l'analyse du seuil est effectuée sur la base de l'iAUA issu de l'iCAtest (et non de l'iEDscreener). Ce choix est fait en dépit de la concordance plutôt faible entre l'iAUA issu de l'iEDscreener vs de l'iCAtest, mais est justifié par la validité a priori supérieure de l'iAUA issu de l'iCAtest, et par l'augmentation de la taille d'échantillon.**

#### Résumé des critères d'inclusion :

##### Nouvelles situations :

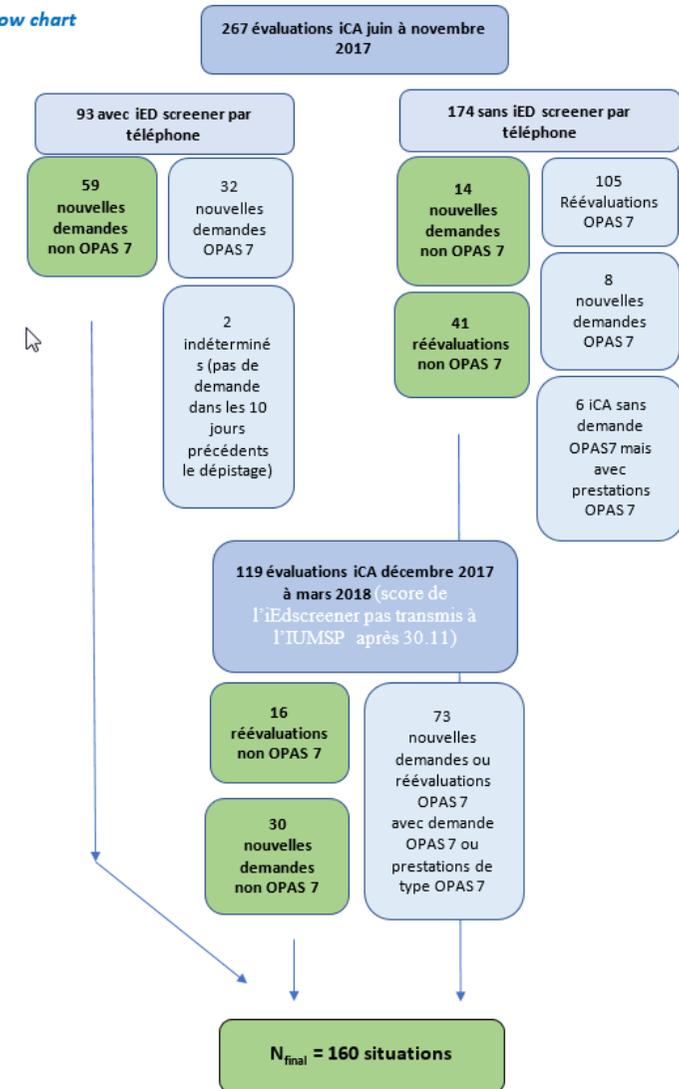
Toutes les évaluations iCA précédées d'une nouvelle demande de type non OPAS7 dans les 30 jours et avec des prestations uniquement de type non OPAS7 (b et c) dans la période précédente.

##### Réévaluations :

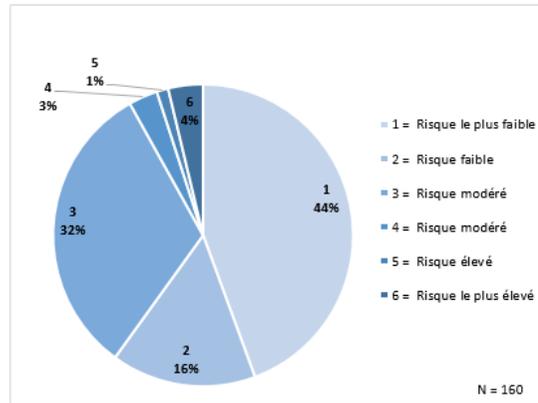
Toutes les évaluations iCA non précédées d'une nouvelle demande (OPAS7 ou non OPAS7) ou d'un dépistage dans les 30 jours mais avec des prestations uniquement de type non OPAS7 (b et c) dans la période précédente.

Échantillon analysé: N=160 situations (dont 1 client évalué à deux reprises)

#### Flow chart



**Distribution de la clientèle non OPAS 7 dans les niveaux de risque iAUA (issus de l'iCAtest)**



Près de 45% des situations non OPAS 7 évaluées se situent sur le premier niveau de risque du score iAUA. Le reste de la clientèle se répartit majoritairement sur les scores 2 et 3 (resp. 16% et 32%). Seuls 8% des clients non OPAS7 évalués se situent sur les niveaux 4 à 6.

À noter que la proportion de clients non OPAS7 classés dans le niveau de risque 1 était plus faible (environ un tiers) lorsque l'iAUA issu de l'iEDscreener, disponible pour les nouvelles demandes uniquement, était utilisé. Les deux raisons évoquées ci-dessus pour expliquer la concordance plutôt faible entre iAUA de l'iEDscreener et de l'iCAtest peuvent aussi expliquer cette différence de distribution dans les niveaux de risque, l'échantillon analysé est une autre source de différence.

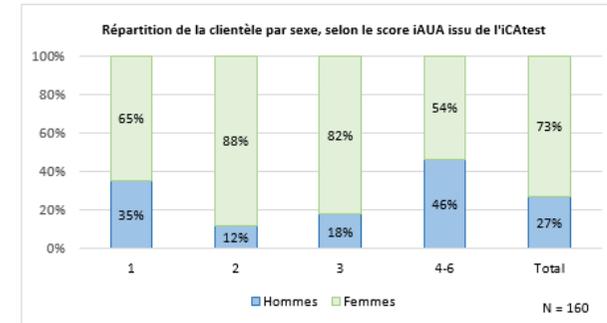
La répartition diffère selon le type d'évaluation (nouvelle situation ou réévaluation). Ainsi, on trouve seulement 42% des nouvelles situations dans le niveau 1, 14% dans le niveau 2 et 36% dans le niveau 3, contre respectivement 49%, 19% et 25% pour les réévaluations, indiquant des profils légèrement plus lourds parmi les nouvelles situations.

**Profil sociodémographique et de santé de la clientèle non OPAS 7, selon le niveau de risque iAUA**

Étant donné le faible effectif dans les catégories 4 à 6 et pour les besoins de cette analyse, ces scores seront regroupés en une seule catégorie.

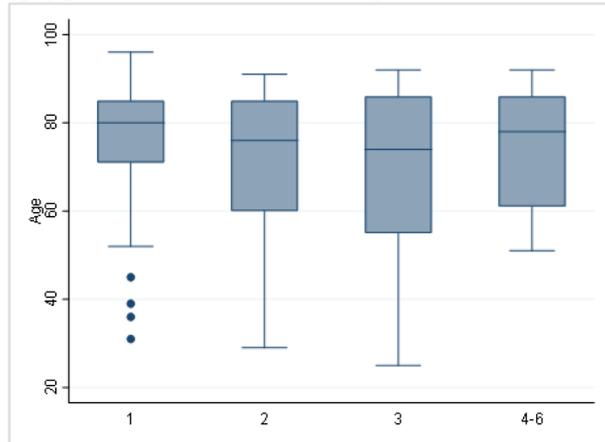
**Profil sociodémographique**

**Sexe**



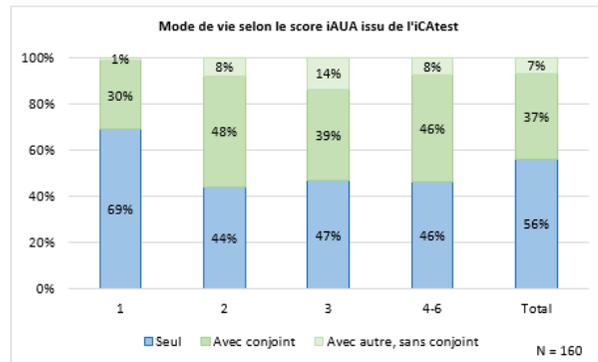
Les femmes représentent environ 75% de l'échantillon. La répartition par sexe diffère selon le niveau de risque iAUA avec une plus faible proportion d'hommes dans les niveaux intermédiaires (12% pour le niveau 2 et 18% pour le niveau 3) par rapport aux deux niveaux extrêmes (35% pour le premier niveau et 46% pour les niveaux 4 à 6).

**Age (âge atteint à l'année de l'évaluation)**



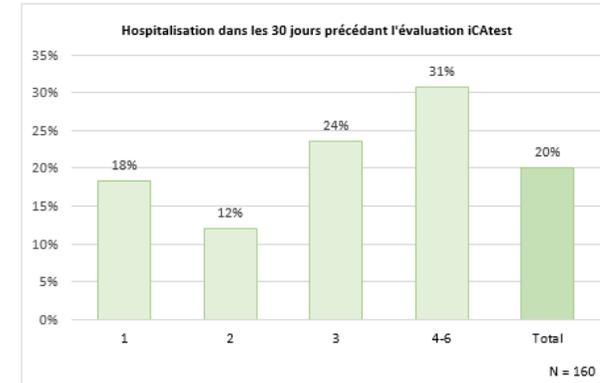
L'âge médian est de 78 ans [p25:64 ; p75:86]. Dans cette clientèle non OPAS 7 il n'y a pas de tendance franche quant à l'évolution de l'âge au travers des différents niveaux de risque iAUA.

**Mode de vie**



Dans plus de la moitié des situations le client vit seul. On observe une proportion plus importante de personnes vivant seules dans le niveau de score le plus bas : environ 70% des clients vivent seuls vs moins de 50% dans les autres niveaux.

**Profil de santé**



**Hospitalisation antérieure**

Dans 2 cas sur 10 le client a été hospitalisé dans les 30 jours précédant l'évaluation iCAtest. Cette proportion est inférieure à 25% pour les niveaux de risque 1-3 et est de 31% chez les clients présentant un score iAUA supérieur ou égal à 4.

**Fréquences des échelles de l'outil iCAtest**

	1 (n=71)		2 (n=25)		3 (n=51)		4-6 (n=13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Échelle hiérarchique AVQ</b>								
Indépendance	70	98.6	25	100.0	51	100.0	9	69.2
Supervision / Dépendance limitée	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Aide requise / Dépendance totale	1*	1.4	0	0.0	0	0.0	4	30.8
<b>Échelle hiérarchique AIVQ</b>								
Indépendance	11	15.5	6	24.0	7	13.7	0	0.0
Supervision / Dépendance limitée	47	66.2	14	56.0	36	70.6	8	61.5
Assistance requise / Dépendance importante ou totale	13	18.3	5	20.0	8	15.7	5	38.5
<b>Échelle de fonctionnement dans les AVQ et AIVQ</b>								
Indépendance	11	15.5	6	24.0	7	13.7	0	0.0
AIVQ précoce/intermédiaire/dépendance	59	83.1	19	76.0	44	86.3	9	69.2
AIVQ AVQ Transition	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
AVQ précoce/intermédiaire/dépendance	1	1.4	0	0.0	0	0.0	4	30.8
<b>Échelle de douleur</b>								
Aucune douleur quotidienne	45	63.4	8	32.0	20	39.2	8	61.5
Douleur quotidienne mais pas forte	20	28.2	12	48.0	16	31.4	4	30.8
Douleur quotidienne (très) forte	6	8.4	5	20.0	15	29.4	1	7.7
<b>Échelle de communication</b>								
Intact / limite intact	71	100.0	25	100.0	50	98.0	12	92.3
Difficultés légères à modérées	0	0.0	0	0.0	1	2.0	1	7.7
Difficultés modérée/sévères à très sévères	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Échelle de performance cognitive</b>								
Intacte	53	74.7	21	84.0	35	68.6	7	53.8
État limite / Déclin modéré	18	25.4	4	16.0	16	31.4	6	46.2
Déclin (très) important	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Échelle de sévérité des atteintes sensorielles</b>								
Les deux sens sont intacts	54	76.1	19	76.0	33	64.7	8	61.5
Un sens intact et un sens déficient	14	19.7	4	16.0	15	29.4	5	38.5
Les deux sens ont une déficience	3	4.2	2	8.0	3	5.9	0	0.0
<b>Échelle d'humeur auto-déclarée (3 missing values)</b>								
Pas de symptôme	43	60.6	11	45.8	13	26.0	5	41.7
Indication très légère / légère	19	26.8	7	29.2	14	28.0	2	16.6
Indication légère – modérée / modérée	9	12.7	5	20.8	16	32.0	5	41.7
Indication modérée - sévère / sévère / très sévère	0	0.0	1	4.2	7	14.0	0	0.0

Plus de 9 clients sur 10 sont indépendants pour les activités de base de la vie quotidienne. Seul le groupe avec un score iAUA ≥ 4 comprend une proportion nettement plus élevée de personnes totalement dépendantes, soit près d'un tiers. Ceci est compatible avec l'algorithme de l'iAUA qui classe dans un niveau ≥ 4 toute personne présentant ou une dépendance dans les AVQ de base ou des difficultés cognitives.

En ce qui concerne les AIVQ, la proportion de clients indépendants est d'environ 15%, la majorité des clients (66%) présentant une dépendance limitée, ou nécessitant une supervision pour ces activités.

L'échelle de douleur indique que les clients avec un niveau de risque bas (1) rapportent moins souvent des douleurs quotidiennes que les clients avec un score de 2 ou 3, néanmoins 37% des clients avec un niveau de risque bas ont des douleurs quotidiennes.

Quant aux performance cognitives, l'échelle indique qu'elles sont intactes pour près des ¾ des clients. Cette proportion diminue avec l'augmentation du niveau de risque iAUA. Notons cependant qu'un quart des clients avec un niveau de risque bas (1) ont un déclin cognitif léger à modéré.

L'échelle de l'humeur indique que 46% des clients ont des symptômes dépressifs légers à modérés. On ne peut conclure à une diminution de la proportion de personnes sans symptôme dépressif lorsque le niveau de risque iAUA augmente puisque cela ne se vérifie pas dans la catégorie de score la plus élevée (4-6).

**Fréquences des alarmes Chutes et Risque d'hospitalisation de l'outil iCAtest**

	1 (n=71)		2 (n=25)		3 (n=51)		4-6 (n=13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Chutes</b>								
Aucun antécédent ni facteur de risque	36	50.7	10	40.0	16	31.4	3	23.1
Au moins 1 antécédent et/ou facteur de risque	35	49.3	15	60.0	35	68.6	10	76.9
<b>Risque d'hospitalisation</b>								
Risque faible	48	67.6	15	60.0	16	31.4	7	53.8
Risque moyen	0	0.0	1	4.0	12	23.5	0	0.0
Risque élevé	23	32.4	9	36.0	23	45.1	6	46.2

Les deux alarmes présentées montrent que les clients avec un score iAUA ≥ 4 présentent davantage de risque de chute et d'hospitalisation que ceux des niveaux inférieurs. Cependant, les deux alarmes sont présentes avec une fréquence non négligeable dans le groupe des clients avec un score iAUA de 1. A noter qu'environ un quart des clients dans les niveaux de risque 1-3 ont été hospitalisés dans les 30 jours précédant l'évaluation iCAtest, cette proportion est inférieure étant de 31% chez les clients présentant un score iAUA supérieur ou égal à 4.

Fréquences d'items sélectionnés de l'outil iCAtest

	1 (n=71)		2 (n=25)		3 (n=51)		4-6 (n=13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>État nutritionnel</b>								
Diminution de la quantité de solides ou de liquides habituellement consommée au cours de 3 derniers jours (I1b/iK2g)	7	9.9	3	12.0	11	21.6	1	7.7
Perte de poids (I1c/iK2a)	5	7.0	5	20.0	11	21.6	3	23.1
<b>Difficultés financières (K2/iQ4)</b>								
Oui	5	7.0	2	8.0	7	13.7	2	15.4
<b>Gestion des médicaments (J1e/iG1db)</b>								
Indépendance	65	91.6	23	92.0	44	86.3	8	61.5
Supervision / Dépendance limitée	2	2.8	1	4.0	2	3.9	3	23.1
Assistance requise / Dépendance importante ou totale	4	5.6	1	4.0	5	3.8	2	15.4
<b>Aidant (L1aa1, L1aa2, L1bb1, L1bb2/ iP1a1, iP1aa2, iP1b1, iP1b2)</b>								
Aucun aidant	5	7.0	1	4.0	4	7.8	0	0.0
Au moins 1 aidant mais pas sous le même toit	55	77.5	13	52.0	33	64.7	9	69.2
Au moins 1 aidant sous le même toit	11	15.5	11	44.0	14	27.5	4	30.8
<b>Aidant : sentiments de fardeau familial, colère ou dépression (clients avec au moins 1 aidant, n=150) (L2b/iP2b)</b>								
oui	2	3.0	1	4.2	10	21.3	2	15.4

Environ 14% des clients présentent, au cours des 3 derniers jours précédant l'évaluation, une diminution de la quantité de solides ou liquides habituellement consommée. Cette proportion est la plus importante dans le niveau de risque 3 (21%). En ce qui concerne la perte de poids, on la retrouve chez 15% des clients. Cette proportion est nettement plus faible (7%) dans le niveau de risque inférieur (1). Dix pour cent des clients rapportent des difficultés financières, une proportion qui est plus importante dans les niveaux de risque élevés. Un peu moins de 9 clients sur 10 sont indépendants pour la gestion de leurs médicaments. On observe que cette proportion diminue (62%) dans le niveau de risque le plus élevé (4-6). A l'inverse, la part des clients nécessitant une supervision ou une aide limitée ainsi que celle de ceux nécessitant une aide plus importante augmentent. Près de 95% des clients ont un aidant, et un quart vivent sous le même toit que celui-ci. Parmi les clients rapportant un aidant on observe que ce dernier exprime un sentiment de fardeau familial, colère ou dépression dans une plus forte proportion pour les niveaux de risque >2 (respectivement 21% et 15%).

Prestations fournies au moins une fois dans les 30 jours suivant l'évaluation, selon le niveau de risque iAUA, clientèle nonOPAS7

	1 (n=63)		2 (n=20)		3 (n=49)		4-6 (n=13)	
<b>Soins infirmiers (OP7b)</b>								
Au moins 1 fois, n %	2	3.2	2	10.0	6	12.2	4	30.8
<b>Soins de base (OP7c)</b>								
Au moins 1 fois, n %	1	1.6	2	10.0	1	2.0	1	7.7
<b>Ergothérapie</b>								
Au moins 1 fois, n %	1	1.6	1	5.0	5	10.2	1	7.7
<b>Aide au ménage</b>								
Au moins 1 fois, n %	31	49.2	13	65.0	25	51.0	6	46.2
Nombre, médiane [p25 ;p75]	2	[2 ;4]	3	[1 ;4]	2	[2 ;3]	3	[2 ;3]
Durée totale, médiane [p25 ;p75]	238	[136 ;353]	192	[110 ;298]	219	[155 ;300]	248	[153 ;482]
Durée moy./prestation, médiane [p25 ;p75]	89.5	[68.0 ;110.3]	92.0	[66.5 ;99.3]	97.3	[68.5 ;114.3]	88.7	[76.5 ;124.2]
<b>Repas (facturation)</b>								
Au moins 1 fois, n %	17	27.0	4	20.0	10	20.4	4	30.8
<b>Biotélévigilance (facturation)</b>								
Au moins 1 fois, n %	11	17.5	2	10.0	9	18.4	1	7.7
<b>Démarches sociales</b>								
Au moins 1 fois, n %	27	42.9	7	35.0	26	53.1	7	53.9
Nombre, médiane [p25 ;p75]	1	[1 ;2]	1	[1 ;1]	2	[1 ;4]	2	[1 ;7]
Durée totale, médiane [p25 ;p75]	13	[10 ;18]	20	[10 ;20]	26.5	[14 ;74]	47	[4 ;272]
Durée moy./prestation, médiane [p25 ;p75]	11.0	[10.0 ;13.5]	15.0	[10.0 ;20.0]	14.8	[12.0 ;26.0]	16.3	[11.0 ;23.5]
<b>Acc. psycho-social</b>								
Au moins 1 fois, n %	1	1.6	0	0.0	3	6.1	0	0.0
<b>Conseil</b>								
Au moins 1 fois, n %	1	1.6	0	0.0	1	2.0	0	0.0
<b>Orientation</b>								
Au moins 1 fois, n %	1	1.6	0	0.0	1	2.0	0	0.0
<b>Aide à la famille</b>								
Au moins 1 fois, n %	1	1.6	1	5.0	3	6.1	0	0.0

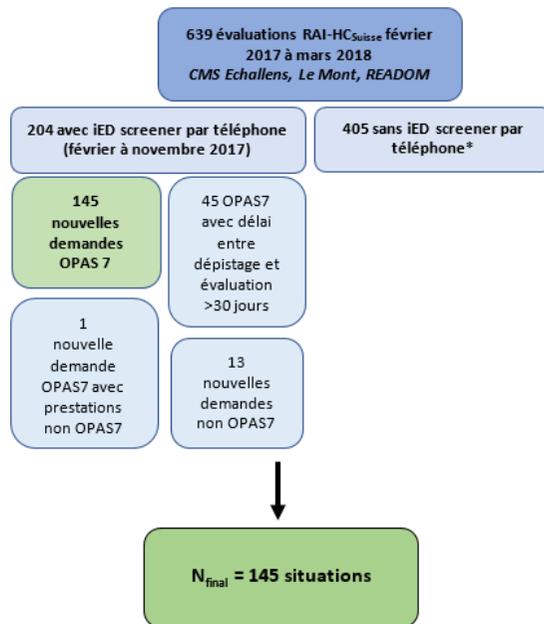
La proportion de clients avec soins infirmiers augmente avec le niveau de risque iAUA : il s'agit de clients avec demande d'aide pratique seulement chez qui un besoin de soins a été mis en évidence durant l'évaluation. En revanche, il n'y a pas de différence notable quant à la proportion de clients avec soins de base. L'aide au ménage est la prestation la plus fréquente, sans différence notable selon le score iAUA. Quant aux repas fournis, on ne peut pas non plus identifier de tendance selon le niveau de risque iAUA. Finalement, les clients avec un score iAUA ≥ 4 ont plus souvent bénéficié de démarches sociales que ceux dont le score est inférieur à 4.

**B. Quel niveau de score iAUA est pertinent pour l'utilisation de l'iCAtest ou du RAI-HCSuisse chez les clients OPAS7 ?**

**Objectif principal :** Identifier un seuil de l'iAUA qui permettrait de distinguer les clients pour lesquels l'évaluation par le RAI-HCSuisse pourrait être remplacé par l'évaluation par l'outil light.  
 Les seuils suivants seront examinés :  
 - <3 vs 3+  
 - <4 vs 4+  
 - <5 vs 5+  
 Nous ne testerons pas un seuil à 6 car le résultat serait quasiment identique au seuil de 5 dans la mesure où seul un nombre restreint de clients présente un score à 5.

**Population :**  
 La population d'intérêt comprend l'ensemble des nouvelles demandes OPAS7 successivement suivies par un dépistage par téléphone à l'aide de l'iED Screener puis par une évaluation à domicile, selon les critères ci-dessous. La période couverte s'étale de février à fin novembre 2017. Les échelles et alarmes de l'ICA pas toutes reproductibles à l'aide de l'outil RAI-HCSuisse, et donc non comparables, seuls les clients des CMS ne faisant pas l'approche par strate (i.e. Le Mont, Echallens, READOM) ont été sélectionnés pour cette analyse.

**Flow chart**



13  
SF/LSB

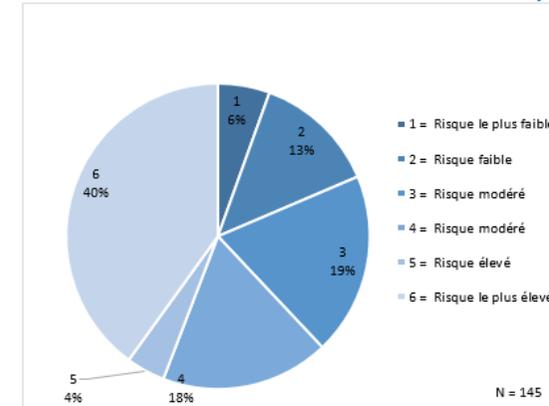
**Résumé des critères d'inclusion :**

**Nouvelles situations :**

Toutes les évaluations RAI-HCSuisse précédées d'une nouvelle demande de type OPAS7 et d'un dépistage par iED screener dans les 30 jours et avec des prestations uniquement de type OPAS7 (b et c) dans la période précédente.

Échantillon analysé: N=145 situations (dont 3 clients évalués à deux reprises)

**Distribution de la clientèle OPAS 7 dans les niveaux de risque iAUA**



Une nouvelle situation est associée à un **score supérieur ou égal à 5 dans près de 45% des cas**. Plus d'un tiers des scores se répartit sur les niveaux 3 et 4 (respectivement 19% et 18%) et **moins de 20% sur les deux premiers niveaux**.

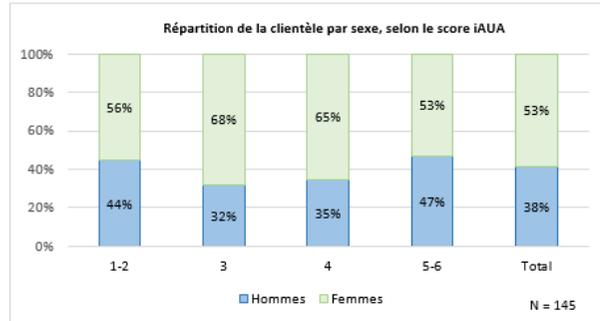
**Profil sociodémographique et de santé (d'après les données d'évaluation RAI-HCSuisse) de la clientèle OPAS 7, selon le niveau de risque iAUA**

Étant donné le faible effectif dans les catégories 1 et 5 et pour les besoins de cette analyse, ces deux scores sont regroupés avec le niveau supérieur (respectivement 2 et 6).

14  
SF/LSB

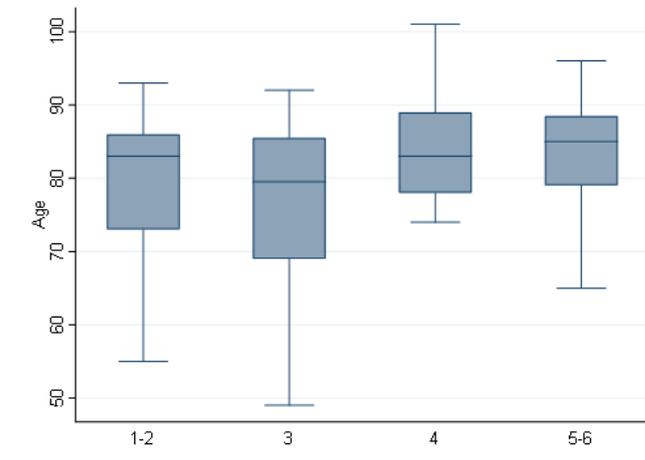
**Profil sociodémographique**

**Sexe**



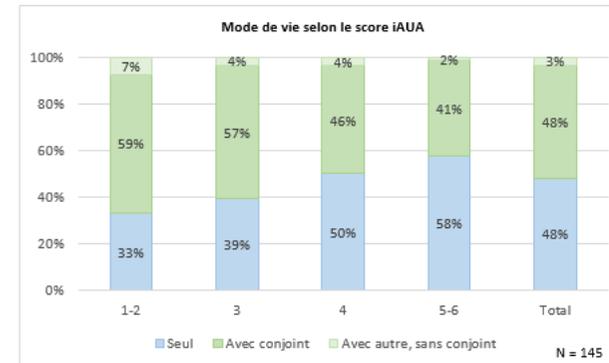
Plus de la moitié (53%) de ces nouvelles demandes sont liées à des femmes. On observe que la proportion de femmes est la plus importante dans les niveaux intermédiaires (respectivement 68% et 65%).

**Age (âge atteint à l'année de l'évaluation)**



L'âge médian est de 83 ans ([p<sub>25</sub>77 ; p<sub>75</sub>87]). Sans surprise, on observe une augmentation de l'âge avec les niveaux de scores les plus élevés.

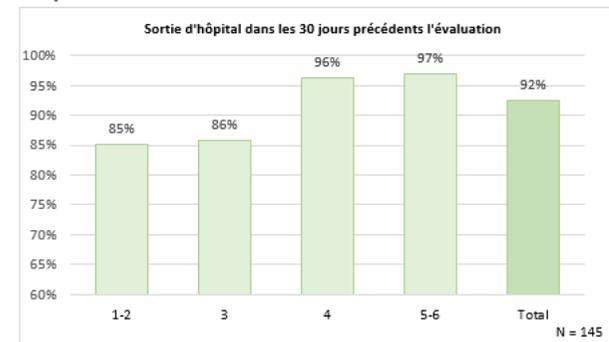
**Mode de vie**



Dans la moitié des situations (48%) le client vit seul. On observe une proportion plus importante de personnes vivant seuls dans les niveaux de scores les plus élevés : seuls 43% des clients avec un score supérieur ou égal à 5 ne vivent pas seuls.

**Profil de santé**

**Hospitalisation antérieure**



Dans 9 cas sur 10 la demande a fait suite à une hospitalisation. Cette proportion augmente avec le niveau de risque et passe d'environ 85% pour les niveaux de risque inférieurs à 97% chez les clients présentant un score supérieur ou égal à 5. A noter que toute sortie d'hôpital est considérée comme une nouvelle situation. Le collectif étudié comprend 3 clients évalués à 2 reprises.

**Fréquences des alarmes du RAI-HCSuisse**

## Alarmes MDS-HC Suisse présentes dans l'iCA

Alarmes du MDS-HC Suisse	Présence dans l'outil iCA*	1-2		3		4		5-6	
		(n=27)		(n=28)		(n=26)		(n=64)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
2 Activités instrumentales de la vie quotidienne	E	17	63	15	53.6	23	88.5	44	68.8
18 Douleur	A	23	85.2	14	50	18	69.2	42	65.6
15 Chutes	A	12	44.4	16	57.1	19	73.1	46	71.9
20 Problèmes de la peau et des pieds		17	63	13	46.4	15	57.7	41	64.1
8 Cognition	E	9	33.3	16	57.1	17	65.4	45	70.3
16 Nutrition	i	13	48.2	19	67.9	14	53.9	32	50
5 Troubles de la communication	A	12	44.4	13	46.4	14	53.9	33	51.6
30 Incontinence urinaire et sonde à demeure		8	29.6	10	35.7	13	50	37	57.8
3 Promotion de la santé	i	7	25.9	11	39.3	18	69.2	35	54.7
1 Potentiel de réadaptation pour les AVQ	i	10	37	8	28.6	15	57.7	32	50
28 Évaluation de l'environnement physique	i	8	29.6	11	39.3	12	46.2	29	45.3
10 Dépression et anxiété	E	9	33.3	14	50	10	38.5	27	42.2
13 Problèmes cardio-respiratoires	i	10	37	14	50	11	42.3	21	38.6
26 Médicaments psychotropes		6	22.2	15	53.6	10	38.5	18	28.1
29 Régulation intestinale		8	29.6	9	32.1	8	30.8	19	29.7
14 Déshydratation	i	5	18.5	5	17.9	5	19.2	24	37.5
12 Rôle et fonction sociale	i	7	25.9	7	25	9	34.6	16	25
17 Santé buccale	i	5	18.5	6	21.4	14	53.8	17	26.6
22 Fragilité du système d'aide informelle	i	6	22.2	4	14.3	3	11.5	18	28.1
21 Adhésion aux traitements		2	7.4	8	28.6	3	11.5	14	21.9
4 Risque d'entrée en institution	i	1	3.7	1	3.6	9	34.6	12	18.8
6 Fonction visuelle	E	2	7.4	4	14.3	5	19.2	13	20.3
19 Escarres (ulcères de pression)	i	1	3.7	2	7.1	2	7.7	11	17.2
9 Comportement	i	3	11.1	1	3.6	2	7.7	8	12.5
7 Abus d'alcool et dangers liés à l'alcool		0	0.00%	3	10.7	3	11.5	3	4.7
23 Gestion des médicaments	i	1	3.7	0	0	0	0	2	3.1
27 Réduction de l'intervention des professionnels	i	0	0	1	3.6	0	0	2	3.1
11 Maltraitance		0	0	0	0	0	0	1	1.6
24 Soins palliatifs	i	0	0	0	0	0	0	0	0
25 Mesures préventives, vaccinations, dépistage		<i>alarme absente du MDS-HC Suisse</i>							

\* A=présence d'une alarme, dans le cas contraire : E=présence d'une échelle ou i=absence d'indicateur spécifique mais un ou plusieurs items de l'alarme MDS-HC Suisse sont présents dans l'iCA

17  
SF/LSB

Le tableau ci-dessus montre la proportion de clients concernés par les alarmes du RAI-HCSuisse. Il indique dans la première colonne si on retrouve l'alarme du RAI-HCSuisse dans l'iCAtest (A), ou, dans le cas contraire, si ce domaine est représenté par une échelle (E) ou un ou des items (I). La comparaison détaillée des alarmes figure dans un tableau en Annexe. Ce tableau indique que la fréquence des alarmes Chutes, Cognition, Communication et Incontinence urinaire augmente avec les scores de dépistage, et en particulier chez les clients ayant un iAUA score supérieur ou égal à 4. Trois de ces quatre dimensions (sauf l'incontinence) sont présentes à la fois dans l'iCA et dans le RAI-HCSuisse (mais l'alarme ou l'échelle n'est pas directement comparable).

Vu l'absence d'item relatif à l'incontinence urinaire dans l'iCAtest, ce dernier ne contient pas d'alarme sur ce domaine, ce qui signifie que les clients évalués par cet outil et présentant un trouble de la continence ne seraient pas dépistés. Sur les 68 personnes présentant une incontinence urinaire, 12% se situent en dessous du seuil de 3, 26% en dessous du seuil de 4 et 47% en dessous du seuil de 5. Ces proportions représentent la fraction des clients chez qui cette problématique ne serait pas dépistée s'ils étaient évalués au moyen de l'iCAtest et non du RAI-HCSuisse, selon le seuil iAUA choisi (si le RAI-HCSuisse est effectué pour les niveaux iAUA de 4 et plus, 26% des clients avec incontinence urinaire ne seraient pas identifiés).

Parmi les alarmes moins fréquentes, celle concernant la déshydratation se rencontre plus souvent parmi les clients avec un score iAUA à 5-6. C'est également le cas pour l'alarme de fragilité du système d'aide informelle, sans doute en lien avec l'algorithme de l'iAUA, qui inclut une question sur la surcharge des proches aidants. On observe aussi une fréquence plus élevée d'atteinte de la fonction visuelle et d'escarres chez les clients avec un score iAUA à 5 ou 6.

Finalement, l'alarme concernant les médicaments psychotropes se rencontre chez près de 35% des clients. Sur les 49 clients présentant l'alarme, 12% se situent en dessous du seuil de 3, 43% en dessous du seuil de 4 et 63% en dessous du seuil de 5. Comme il n'y a pas d'information sur les médicaments psychotropes dans l'iCAtest, ces valeurs correspondent aux proportions de client chez qui cette problématique ne serait pas dépistée s'ils étaient évalués au moyen de l'iCAtest et non du RAI-HCSuisse, selon le seuil iAUA choisi.

18  
SF/LSB

**Prestations fournies dans les 30 jours après évaluation selon le niveau de risque iAUA, au sein de la clientèle OPAS7**

	1-2 (n=26)		3 (n=27)		4 (n=26)		5-6 (n=60)	
<b>Soins infirmiers (OP7b)</b>								
Au moins 1 fois, n %	26	96.3	27	96.4	26	100.0	60	95.2
Nombre, médiane [p25 ;p75]	4	[3.0 ;6.0]	5	[3.0 ;8.0]	5	[3.0 ;8.0]	5	[4.0 ;10.0]
Durée totale, médiane [p25 ;p75]	103.5	[54.0 ;161.0]	168.0	[118.0 ;220.0]	130.5	[67.0 ;209]	159.0	[105.5 ;285]
Durée moy /prestation, médiane [p25 ;p75]	22.5	[18.0 ;37.0]	31.2	[25.3 ;40.0]	26.8	[22.1 ;31.4]	28.7	[23.0 ;34.6]
<b>Soins de base (OP7c)</b>								
Au moins 1 fois, n %	6	22.2	6	21.4	20	76.9	52	82.5
Nombre, médiane [p25 ;p75]	18.5	[6.0 ;55.0]	18.5	[8.0 ;30.0]	28.5	[10.5 ;57.5]	22.5	[8.5 ;49.5]
Durée totale, médiane [p25 ;p75]	345.5	[222.0 ;836.0]	392.5	[340.0 ;875.0]	568.5	[351.5 ;1075]	504.0	[226 ;976]
Durée moy./prestation, médiane [p25 ;p75]	16.8	[15.2 ;49.3]	34.6	[15.9 ;36.0]	28.2	[16.8 ;39.5]	25.7	[19.6 ;35.2]
<b>Ergothérapie</b>								
Au moins 1 fois, n %	11	40.7	10	35.7	21	80.8	49	77.8
Durée totale, médiane [p25 ;p75]	237.0	[105.0 ;282.0]	140.0	[105.0 ;265.0]	244.0	[150.0 ;380]	196.0	[107 ;329]
<b>Aide au ménage</b>								
Au moins 1 fois, n %	3	11.1	5	17.9	8	30.8	20	31.8
<b>Repas (facturation)</b>								
Au moins 1 fois, n %	5	18.5	4	14.3	6	23.1	22	34.9
<b>Biotélévigilance (facturation)</b>								
Au moins 1 fois, n %	4	14.8	2	7.1	5	19.2	13	20.6
<b>Démarches sociales</b>								
Au moins 1 fois, n %	2	7.4	5	17.9	2	7.7	15	23.8
<b>Orientation</b>								
Au moins 1 fois, n %	1	3.7	0	0.0	4	15.4	12	19.1
<b>Acc. psycho-social</b>								
Au moins 1 fois, n %	0	0.0	4	14.3	6	23.1	5	7.9
<b>Conseil, 30 dern. jours</b>								
Au moins 1 fois, n %	1	3.7	1	3.6	1	3.9	4	6.4
<b>Moy. auxiliaires (facturation)</b>								
Au moins 1 fois, n %	0	0.0	0	0.0	1	3.9	1	1.6
<b>Aide à la famille</b>								
Au moins 1 fois, n %	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.6

**Plus de 95% des clients** ont reçu des **prestations de soins infirmiers** au moins une fois dans les 30 jours suivant l'évaluation. Cette fréquence est relativement stable à l'intérieur des différents niveaux de risque iAUA. La médiane du nombre de prestations reçues est de 5, sauf pour les scores iAUA les plus bas où elle est de 4.

En ce qui concerne les **prestations de soins de base, 58% des clients** y ont eu recours au cours des 30 jours suivant l'évaluation. On observe une hausse avec l'élévation du niveau de risque, la proportion passant de 22% des clients pour les niveaux 1-2 et 3 à plus de 80% pour les niveaux 4 à 6. Cette observation peut être attribuée à l'algorithme de l'iAUA qui classe dans un niveau  $\geq 4$  toute personne présentant une dépendance dans les AVQ de base et/ou des difficultés cognitives. Le nombre médian de prestations de soins de base passe de 18.5 dans le niveau 1-2 à 28.5 pour le niveau 4 et 22.5 pour le niveau 5-6.

En ce qui concerne les autres prestations, les 2/3 des clients ont eu recours à des soins d'ergothérapie avec une fréquence plus importante dans les niveaux 4 et 5-6 par rapport aux niveaux inférieurs. Viennent ensuite l'aide au ménage et les repas, dont la fréquence est aussi plus élevée pour les niveaux 4-6, de même que la prestation d'orientation vers d'autres prestations soutenant le maintien à domicile, telles que les centres d'accueil temporaires et les court-séjours en EMS.

## Limites des analyses

Les résultats doivent être considérés en tenant compte des limites suivantes : tout d'abord, tant le collectif des clients nonOPAS7 que celui des clients OPAS7 sont relativement restreints, dès lors qu'on les stratifie selon le niveau de risque iAUA, et les clients évalués dans le cadre du pilote n'ont pas été sélectionnés de manière à représenter l'ensemble des clients des CMS du canton. De plus, le profil de santé repose sur des indicateurs issus d'instruments d'évaluation différents (iAUA issu de l'iEDscreener vs l'iCAtest, évaluation par iCAtest vs RAI-HCSuisse). Finalement, l'iCAtest et le RAI-HCSuisse seront à terme remplacés respectivement par l'outil court définitif (adapté du nouvel outil interRAI Check-up) et par l'interRAI Home Care.

## Synthèse des résultats et recommandations

**Il ne semble pas pertinent de proposer un niveau de risque iAUA pour lequel aucune évaluation complémentaire ne serait effectuée**

En effet, on observe dans le groupe des clients avec niveau de risque iAUA de 1, dans lequel se situent un tiers à une moitié des clients en demande d'aide pratique, une fréquence non négligeable de syndromes gériatriques tels qu'un déclin cognitif léger à modéré, un risque de chutes, une atteinte des activités instrumentales de la vie

quotidienne ou encore des douleurs quotidiennes, qui ne seraient pas dépistées en l'absence d'évaluation iCAtest. Ces résultats corroborent l'avis des infirmières référentes, qui estimaient que l'utilisation d'un outil systématique et standardisé permettait d'identifier des problématiques qui auraient pu rester non détectées, comme les troubles cognitifs débutants. Des interventions sur ces facteurs de risque pourraient ralentir le déclin fonctionnel chez ces clients.

En revanche, d'autres critères que le score iAUA pourraient être utilisés pour identifier les clients en demande d'aide pratique pour lesquels une évaluation, même de type iCAtest représente un investissement disproportionné. Par exemple, comme évoqué par les infirmières analystes, la nature des prestations demandées (transports occasionnels uniquement), ou la courte durée prévue des prestations pourraient constituer une raison de ne pas utiliser l'iCAtest. De tels critères d'utilisation existent déjà pour la méthode RAI-HCSuisse et pourraient être révisés ou complétés.

**Une évaluation courte semble pertinente pour les niveaux de risque iAUA < 4, tandis que l'évaluation RAI-HCSuisse serait effectuée pour les niveaux de risque iAUA ≥ 4.**

Parmi les clients en demande d'aide pratique, ceux dont le score iAUA est ≥ 4 ont un profil de santé moins favorable : une atteinte fonctionnelle et cognitive notable est plus fréquente, de même qu'un risque d'hospitalisation élevé. Bien que ces résultats doivent être pris avec précaution en raison du petit nombre d'individus dans cette catégorie, ils indiquent l'intérêt potentiel d'évaluer au moyen du RAI-HCSuisse les clients en demande d'aide pratique ayant un score iAUA ≥ 4. La proportion de ces clients est environ de 10%. Un autre élément en faveur d'une évaluation RAI-HCSuisse chez ces clients est le fait qu'un tiers d'entre eux bénéficient de soins de base (prestations OPAS7) dans le mois suivant l'évaluation, et seront évalués ultérieurement au moyen du RAI-HCSuisse.

Chez les clients en demande de soins (OPAS7), le seuil iAUA ≥ 4 testé durant le pilote semble pertinent si l'on examine d'une part la distribution des clients dans les niveaux de risque iAUA, d'autre part les différences dans le profil socio-démographique et de santé. Les clients avec un niveau de risque iAUA ≥ 4 ont une fréquence plus élevée de chutes, de problèmes cognitifs, de problèmes de communication, d'incontinence, de déshydratation, et escarres, de même qu'une plus grande fragilité du système d'aide informelle. Plusieurs de ces dimensions ne sont pas évaluées de manière aussi poussée dans l'iCAtest par rapport au RAI-HCSuisse, avec comme conséquence l'absence d'alarme correspondante dans l'iCAtest. Un seuil plus élevé (5) conduirait à négliger une plus grande proportion de ces problématiques, et ne favoriserait pas l'adhésion des professionnelles. En effet, certaines infirmières évaluatrices RAI ont estimé que l'iCAtest ne convenait pas, en général, pour l'évaluation de clients en demande de soins.

21  
SF/LSB

L'examen des prestations fournies aux groupes ayant un score iAUA inférieur à 4 comparés à ceux ayant un score iAUA ≥ 4 conforte la proposition de maintenir le seuil à 4.

Relevons également que ce résultat est basé sur la comparaison entre l'outil court testé durant le pilote et le RAI-HCSuisse, et ne peut s'appliquer directement à la situation future dans laquelle l'outil court définitif et l'interRAI Home Care auront remplacé ces deux outils.

Finalement, au vu de l'augmentation de la fréquence des différents problèmes de santé avec le niveau de risque iAUA mais sans qu'il y ait un seuil net pour un niveau de risque iAUA, l'idée d'un outil modulable évoquée par les infirmières en focus group gagnerait à être examinée afin de mieux couvrir les besoins des clients des CMS. Un tel outil pourrait remplacer à la fois l'iCAtest et le RAI-HCSuisse. L'outil modulable reposerait sur des items de dépistage, complétés par une évaluation plus en détail, par exemple par des modules issus du RAI-HC (version suisse ou interRAI) en cas de problème décelé lors de l'évaluation courte au domicile du client. Ainsi, l'évaluation d'une situation simple serait restreinte, peut-être plus courte que l'évaluation au moyen de l'iCAtest, tandis que les situations complexes seraient finalement soumises à une évaluation complète type RAI-HCSuisse.

#### **A prendre en compte pour le déploiement**

Répéter sur un échantillon plus grand, permettant des analyses plus en détail, 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.

Examiner la faisabilité sous l'angle des ressources disponibles (financières/professionnels formés ou à former), d'évaluer par l'outil court les clients ayant un score iAUA < 4, et par le RAI-HC ceux ayant un score iAUA ≥ 4, sans tenir compte de la nature OPAS7 ou non des prestations demandées.

Examiner la possibilité de faire évoluer l'iCAtest et le RAI-HCSuisse vers un outil commun plus modulable afin de prendre en compte différents besoins selon les situations.

Examiner l'impact de l'évolution de l'iCAtest vers l'outil interRAI Check-up, et du passage du RAI-HCSuisse à la version interRAI Home Care, sur les domaines supplémentaires ou au contraire manquants dans ces nouvelles versions, de manière à s'assurer que le seuil à 4 reste pertinent après ces changements d'outils.

Réviser les règles d'utilisation de l'outil d'évaluation courte afin de mieux cibler les clients nonOPAS7 qui n'auraient pas besoin d'une telle évaluation, en fonction du type et de la durée prévue des prestations.

22  
SF/SB

**ANNEXE: Tableau détaillé de comparaison des alarmes du RAI-HC Suisse et de l'iCAtest**

MDS-HC Suisse	iCA
<b>Alarme 2 Activités instrumentales de la vie quotidienne</b> La cliente a une certaine indépendance dans la prise de décision La cliente et/ou l'aidant professionnel pense(nt) qu'une amélioration de l'état fonctionnel est possible N'est pas indépendante pour la préparation des repas N'est pas indépendante pour utiliser l'argent N'est pas indépendante pour gérer la prise des médicaments	<b>Échelle hiérarchique AIVQ</b> AIVQ : Préparation des repas - Capacité  AIVQ : Ménage courant - Capacité AIVQ : Gestion de l'argent - Capacité AIVQ : Gestion des médicaments - Capacité AIVQ : Faire les courses – Capacité
<b>Alarme 18 Douleur</b>  Fréquence de la douleur Analgésiques	<b>Alarme Douleur</b> Fréquence à laquelle la personne se plaint ou manifeste des signes douleur Intensité de la douleur présente la plus intense
<b>Alarme 15 Chutes</b> Signes d'état confusionnel Changement aigu des capacités cognitives Chutes dans les 3 derniers mois Démarche instable ET pas de limitation des sorties	<b>Alarme Chutes</b> Une chute ou plus au cours des 90 derniers jours Changement de performance des AVQ Démarche instable Principal mode de déplacement à l'intérieur Se faire comprendre Dyspnée
<b>Alarme 20 Problèmes de la peau et des pieds</b> Tout problème cutané gênant ou tout changement dans l'état de la peau, au cours des 30 derniers jours Problèmes quelconques aux pieds	<b>Absence d'indicateur spécifique ainsi que d'item couvrant le dom</b>
<b>Alarme 8 Cognition</b> Problème de mémoire: à court terme Déficience modérée ou sévère dans les décisions quotidiennes Changement soudain ou répété des fonctions mentales	<b>Échelle de performance cognitive</b> Facultés cognitives pour les décisions courantes Mémoire et capacité de rappel Se faire comprendre
Changement aigu des capacités cognitives Changement des facultés à prendre les décisions courantes au cours des 3 derniers mois	Gestion de l'argent  Gestion des médicaments Marcher
<b>Alarme 16 Nutrition</b>  Taille et poids pour calculer l'indice de la masse corporelle (IMC) Absorption insuffisante de liquides Aucun repas ou seulement un seul repas Perte de poids involontaire (>= 5 % au cours des 30 derniers jours ou >= 10 % au cours des 180 derniers jours)	<b>Absence d'indicateur spécifique mais présence d'items couvrant le domaine :</b> Diminution de la quantité de solides ou de liquides habituellement consommée au cours de 3 derniers jours Perte de poids
<b>Alarme 5 Troubles de la communication</b> Difficulté à entendre Problème à se faire comprendre	<b>Alarme Communication</b> Se faire comprendre – Expression Capacité à comprendre les autres – Compréhension Facultés cognitives pour les décisions courantes
<b>Alarme 30 Incontinence urinaire et sonde à demeure</b> Incontinence urinaire occasionnelle, fréquente ou quasi constante Utilisation de sonde à demeure avec collecteur d'urine Utilisation de sonde à demeure avec valve anti-reflux Utilisation de protections	<b>Absence d'indicateur spécifique ainsi que d'item couvrant le dom</b>
<b>Alarme 3 Promotion de la santé</b> Une certaine indépendance dans la prise de décision Incapacité de monter seule les escaliers Moins de deux heures d'activité physique dans les 3 derniers jours La cliente fume quotidiennement	<b>Absence d'indicateur spécifique mais présence d'items couvrant le domaine :</b> Facultés cognitives pour les décisions courantes Escaliers - AIVQ  Tabac

SF/LS

SF/LS

<p><b>Alarme 1 Potentiel de réadaptation pour les AVQ</b> La cliente est supervisée ou reçoit une aide physique d'autres personnes pour au moins deux AVQ Elle a une certaine indépendance dans la prise de décision Déclin de l'état fonctionnel La cliente, l'aidant ou la personne qui évalue pensent qu'une amélioration de l'état fonctionnel est possible Il y a un changement global du degré d'indépendance de la cliente (ne remplir que lors d'une réévaluation)</p>	<p><i>Absence d'indicateur spécifique mais présence d'items couvrant le domaine :</i> État fonctionnel AVQ Facultés cognitives pour les décisions courantes Changement de performance des AVQ</p>
<p><b>Alarme 28 Evaluation de l'environnement physique</b> Le logement de la cliente et ses alentours sont inhabitable ou dangereux.</p>	<p><i>Absence d'indicateur spécifique mais présence d'items couvrant le domaine :</i> Accessibilité limitée du logement ou des pièces à l'intérieur du logement</p>
<p><b>Alarme 10 Dépression et anxiété</b> Continueuse colère envers soi-même ou envers les autres Expression de craintes paraissant non fondées Plaintes somatiques répétées Visage exprimant tristesse, douleur, inquiétude</p>	<p><b>Échelle d'humeur auto-déclarée</b> Peu d'intérêt ou de plaisir pour les choses qui d'habitude vous réjouissent Anxieuse, agitée, inquiète Triste, abattue, sans espoir</p>
<p><b>Alarme 13 Problèmes cardio-respiratoires</b> Dyspnée</p>	<p><i>Absence d'indicateur spécifique mais présence d'items couvrant le domaine :</i> Dyspnée</p>
<p><b>Alarme 26 Médicaments psychotropes</b> La cliente prend un ou des médicaments psychotropes Indicateurs d'idées délirantes Changement aigu des capacités cognitives</p>	<p><i>Absence d'indicateur spécifique ainsi que de l'item principal ("médicaments psychotropes")</i></p>

SF/L

Détérioration des facultés cognitives pour les décisions courantes  
Signes de dépression, d'anxiété ou de tristesse  
Déambulation  
Agressivité verbale  
Agressivité physique  
Comportement socialement inapproprié  
Résistance aux soins  
Difficulté à marcher  
Incontinence urinaire et/ou fécale  
Idées délirantes, hallucinations  
Chute au cours des 90 derniers jours  
Démarche instable

**Alarme 29 Régulation intestinale**  
Incontinence fécale  
Diarrhée  
Constipation

*Absence d'indicateur spécifique ainsi que d'item couvrant le domaine*

**Alarme 14 Déshydratation**  
Diarrhée  
Vomissements  
Absorption insuffisante de liquides

*Absence d'indicateur spécifique mais présence d'items couvrant le domaine :*  
Diminution de la quantité de solides ou de liquides habituellement consommée au cours de 3 derniers jours

**Alarme 12 Rôle et fonction sociale**  
Souffrance causée par la diminution, dans les 90 derniers jours, de la participation à des activités sociales, religieuses, professionnelles ou à d'autres occupations que la cliente aimait faire  
Sentiment de solitude

*Absence d'indicateur spécifique mais présence d'items couvrant le domaine :*  
Solitude

SF/L

<p><b>Alarme 17 Santé buccale</b> Déglutition Tous problèmes de la bouche ou des dents</p>	<p><i>Absence d'indicateur spécifique mais présence d'items couvrant le domaine :</i>  Bouche sèche Dents cassées, fissurées ou altérées Difficultés lors de la mastication</p>
<p><b>Alarme 22 Fragilité du système d'aide informelle</b> Une dépendance pour les AIVQ Absence d'aidant habituel Le (les) aidant(s) n'est plus en mesure de poursuivre son aide Le (les) aidant(s) exprime des sentiments de fardeau familial, colère ou dépression</p>	<p><i>Absence d'indicateur spécifique mais présence d'items couvrant le domaine :</i> État fonctionnel AIVQ Aidants informels principaux <i>Les proches et les amis sont ébranlés par la maladie</i> L'(les) aidant(s) exprime(nt) des sentiments de fardeau familial, col ou dépression</p>
<p><b>Alarme 21 Adhésion aux traitements</b> L'observance aux médicaments prescrits par le médecin n'est pas toujours garantie</p>	<p><i>Absence d'indicateur spécifique ainsi que d'item couvrant le dom</i></p>
<p><b>Alarme 4 Risque d'institutionnalisation</b>  Changement soudain ou nouveau des fonctions cognitives La préparation des repas ET les courses n'ont pas été effectuées durant les 7 derniers jours Au moins une incapacité dans les AVQ atteintes précocement (s'habiller, hygiène personnelle, toilette complète) Changement fonctionnel dans les AVQ dans les 3 derniers mois ET/OU changement global du degré d'indépendance Incontinence d'urine occasionnelle ou plus</p>	<p><i>Absence d'indicateur spécifique mais présence d'items couvrant le domaine :</i> Changement de facultés cognitives pour les décisions courantes pa rapport à il y a 90 jours  État fonctionnel AVQ  Changement de performance des AVQ</p>
<p><b>Alarme 6 Fonction visuelle</b></p>	<p>Échelle de sévérité des atteintes sensorielles</p>
<p>Déficience visuelle</p>	<p>Vision Audition</p>
<p><b>Alarme 19 Escarres</b> Problème de mobilité au lit Incontinence fécale Présence d'escarre</p>	<p><i>Absence d'indicateur spécifique mais présence d'items couvrant le domaine :</i>  Présence d'escarre</p>
<p><b>Alarme 9 Comportement</b> Déambulation Agressivité verbale Agressivité physique Comportement social inadapté Résistance aux soins</p>	<p><i>Absence d'indicateur spécifique mais présence d'items couvrant le domaine :</i>  Symptômes comportementaux</p>
<p><b>Alarme 7 Abus d'alcool et dangers liés à l'alcool</b> Dans les 3 derniers mois, la cliente doit prendre un verre dès son lever pour se calmer les nerfs, ou elle a connu des troubles quel qu'en soit la nature à cause de sa consommation d'alcool</p>	<p><i>Absence d'indicateur spécifique ainsi que d'items couvrant le domaine</i></p>
<p><b>Alarme 23 Gestion des médicaments</b> Prise d'au moins 1 médicament Absence de discussion avec un médecin de l'ensemble des médicaments courants</p>	<p><i>Absence d'indicateur spécifique mais présence d'items couvrant le domaine :</i> Gestion des médicaments</p>
<p><b>Alarme 27 Réduction de l'intervention des professionnels</b> Il ne s'agit pas d'une première évaluation Il n'y a plus de possibilité d'amélioration de l'état de la cliente</p>	<p><i>Absence d'indicateur spécifique mais présence d'items couvrant le domaine :</i> Raison de l'évaluation</p>

4  
SF/LS

4  
SF/LS

On constate un changement global du degré d'indépendance de la cliente  
 Dans les 90 derniers jours, un ou plusieurs objectifs du traitement ont été atteints

Changement de performance des AVQ

**Alarme 11 Maltraitance**

Hygiène déplorable inusitée  
 Blessures, fractures, brûlures inexplicées  
 Contrainte physique

*Absence d'indicateur spécifique ainsi que d'item couvrant le dom*

**Alarme 24 Soins palliatifs**

Cliente en soins palliatifs

*Absence d'indicateur spécifique mais présence d'items couvrant l*  
*domaine :*

*Type de résidence ou hébergement au moment de l'évaluation*

**Alarme 25 Mesures préventives, vaccinations, dépistage**  
 pas dans la version suisse

*alarme absente du MDS-HC Suisse*

SF/L

