



**coRAI**

Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

# InterRAI et coordination dans les SAMS : Évaluation du projet clinique

D'Onofrio Andreina, Chenevey Antoine Hélène et Wellens Nathalie

## Préambule

La crise sanitaire avec ses mesures de semi-confinement a conduit à des fermetures de structures d'accueil médico-social (SAMS) et/ou une réduction du nombre de places. Celle-ci a aussi impliqué une gestion des collaborateurs par les institutions prioritairement en fonction des besoins sanitaires des usagers.

Par ailleurs, des changements de collaborateurs dans les équipes des SAMS et des partenaires du réseau de santé (AVASAD, CMS) impliqués dans le projet SAMS ont été également rapportés. Le choix d'accompagner les SAMS dans la conception de leur pilote avec leur partenaire du réseau de santé a été une volonté forte des acteurs du programme coRAI. D'un côté, cette option a complexifié la mise en place des expérimentations. D'un autre côté, elle a posé les premiers jalons d'une collaboration interinstitutionnelle ou elle a renforcé une collaboration existante.

*« La réussite appartient à tout le monde.  
C'est au travail d'équipe qu'en revient le mérite. »*

*Franck Piccard*

## Remerciement

Aux professionnels des SAMS et aux partenaires des réseaux de santé qui ont pris part aux pilotes ainsi qu'à leurs Directions pour leur implication, leur attitude positive, leur ouverture d'esprit, et leur volonté de mener à bien ce projet au-delà des difficultés.

Aux chefs de projet de l'Association Vaudoise des Soins et de l'Aide à Domicile (AVASAD) Olivier Fontaine et Philippe Tchicaloff ainsi qu'aux informaticiens.

Aux usagers des SAMS pour leur participation qui a permis d'enrichir ce rapport d'expériences vécues.

## Financement

Evaluation financée par les services de la Direction Générale de la Cohésion Sociale et la Direction Générale de la Santé.

## Citation suggérée

D'Onofrio, A. Chenevey-Antoine, H. Wellens, N. (2021). InterRAI et coordination dans les SAMS : Évaluation du projet clinique. Programme coRAI de l'Etat de Vaud, Suisse.

## Date d'édition

Octobre 2021

## Table des matières

<b>Choix éditoriaux.....</b>	<b>8</b>
<b>1. Résumé.....</b>	<b>10</b>
1.1. Introduction .....	10
1.2. Objectifs de l'évaluation et méthodes .....	10
1.3. Résultats .....	10
1.4. Conclusions .....	11
<b>2. Introduction.....</b>	<b>13</b>
2.1. Contexte .....	13
2.2. Organisation des SAMS.....	13
2.3. Objectifs du projet SAMS .....	14
2.4. Participants SAMS .....	14
2.5. Description des pilotes du projet SAMS .....	17
2.5.1. Critère d'inclusion des usagers.....	18
2.5.2. Formation et infrastructure informatique .....	18
2.5.3. Outils interRAI® .....	18
<b>3. Evaluation.....</b>	<b>21</b>
3.1. Objectifs.....	21
3.2. Cadre général et méthodologie .....	21
3.2.1. Collecte des données et analyses.....	23
<b>4. Résultats.....</b>	<b>26</b>
4.1. Situation de coordination avec un iRAI .....	26
4.1.1. Sélection des situations.....	26
4.1.2. Participants à une coordination .....	27
4.1.3. Modalité et durée des coordinations.....	27
4.1.4. Raisons de se coordonner .....	27
4.1.5. Partage des décisions .....	29
4.1.6. Complexité des situations .....	29
4.2. Profils des usagers évalués.....	31
4.2.1. Usagers évalués avec l'iSE .....	31
4.2.2. Usagers évalués avec l'ICU .....	31
4.2.3. Vignettes coordination avec iRAI .....	35

<b>4.3. Coordination et iRAI .....</b>	<b>39</b>
4.3.1. Participants.....	39
4.3.2. SAMS : Pratiques professionnels, institutionnelles et démarche iRAI .....	40
4.3.3. Intérêts des évaluations iRAI pour les usagers.....	42
4.3.4. Intérêts des iRAI dans la coordination .....	43
4.3.5. Effets perçus des résultats iCU dans la coordination .....	44
<b>5. Perspectives .....</b>	<b>47</b>
<b>5.1. Pratiques de l'évaluation clinique et de colloque .....</b>	<b>47</b>
5.1.1. Pratique clinique d'évaluation .....	47
5.1.2. Pratique du colloque .....	48
<b>5.2. Implantation : besoins et souhaits.....</b>	<b>48</b>
5.2.1. Informatisation.....	49
5.2.2. Adaptation des outils iRAI .....	49
<b>6. Discussion .....</b>	<b>52</b>
6.1 Décrire les situations de coordination des usagers évalués avec les iRAI.....	52
6.2 Examiner l'intérêt du langage iRAI dans la pratique de coordination .....	52
6.3 Explorer les conditions d'un déploiement.....	53
<b>7. Conclusion.....</b>	<b>56</b>
<b>8. Recommandations .....</b>	<b>58</b>
<b>9. Références bibliographiques.....</b>	<b>61</b>
<b>10. Annexes .....</b>	<b>63</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1. Participants SAMS .....	15
Tableau 2. Description des structures SAMS .....	16
Tableau 3. Correspondance entre les groupes d'activité de coordination et le projet SAMS .....	22
Tableau 4. Caractéristiques participantes SAMS.....	39
Tableau 5. Caractéristiques participantes PART.....	39
Tableau 6. Besoins et souhaits des responsables SAMS et PART .....	49
Tableau 7. Recommandations .....	58

## Liste des figures

Figure 1. Design du projet SAMS.....	17
Figure 2. Dispositif d'évaluation du projet.....	23
Figure 3. Sélection des usagers.....	26
Figure 4. Processus de partage des décisions de coordination.....	29
Figure 5. Items individuels « Ressources », « Problèmes » et « Changements récents ».....	34
Figure 6. Perception de la valeur ajoutée de l'iCU dans la coordination .....	42
Figure 7. Facteurs favorisant la coordination.....	43
Figure 8. Effets perçus de l'utilisation des énoncés iRAI .....	43
Figure 9. Effets perçus des résultats iCU sur la coordination .....	44
Figure 10. Fréquence des colloques coordination et suivi des usagers évalués. ....	48

## Liste des graphiques

Graphique 1. Ensemble de raisons liées à une activité de coordination dans les SAMS.....	28
Graphique 2. Indices de complexité « plutôt oui » .....	29
Graphique 3. Echelles selon SAMS.....	32
Graphique 4. Echelles et Alertes (CAPs) cliniques (n=55).....	32
Graphique 5. Cohérence entre la démarche iRAI et les besoins professionnels des SAMS .....	40
Graphique 6. Cohérence entre la démarche iRAI et pratique professionnelle .....	40
Graphique 7. Cohérence entre la démarche iRAI et l'approche institutionnelle .....	41
Graphique 8. Démarcher iRAI, pratique professionnelle et approche institutionnelle .....	41
Graphique 9. Organisation d'une évaluation clinique iRAI.....	47

## Liste des abréviations

<b>AVQ :</b>	Activités de la Vie Quotidienne
<b>AIVQ :</b>	Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne
<b>AVASAD :</b>	Association Vaudoise de l'Aide et des Soins à Domicile
<b>BRIO :</b>	Bureau Régional d'Information et d'Orientation
<b>CAP :</b>	Clinical Action Point (Alerte)
<b>CAT :</b>	Centre d'Accueil Temporaire
<b>CGA :</b>	Consultation Gériatrique Ambulatoire
<b>CMS :</b>	Centre Médico-social
<b>CS :</b>	Court-Séjour
<b>DEP :</b>	Dossier Electronique du Patient
<b>DGS :</b>	Direction Générale de la Santé
<b>DGCS :</b>	Direction Générale de la Cohésion Sociale
<b>DMST :</b>	Document Médico-Social de Transmissions
<b>EMS :</b>	Etablissement Médico-Social
<b>EPSM :</b>	Etablissement Psycho-Social Médicalisé
<b>FEDEREMS :</b>	Fédération Patronale des EMS
<b>HEVIVA :</b>	Association Vaudoise des Institutions médico-psycho-sociales
<b>iCU :</b>	interRAI Check Up
<b>iSE :</b>	interRAI Screener
<b>LP :</b>	Logement Protégé
<b>MAD :</b>	Maintien A Domicile
<b>PART :</b>	Partenaire du réseau de santé
<b>PSP :</b>	Plan de Soins Partagé
<b>PODA :</b>	Système d'évaluation de la dépendance des CAT
<b>PLEX :</b>	Outil d'évaluation des besoins en soins des CS
<b>RAI-HC :</b>	Resident Assessment Instrument Home Care
<b>OPAS :</b>	Ordonnance sur les Prestations dans l'Assurance Obligatoire des Soins
<b>OSAD :</b>	Organisation de Soins à Domicile
<b>SAMS :</b>	Structure d'Accompagnement Médico-Social
<b>TS :</b>	Transfert Sécurisé
<b>UATp :</b>	Unité d'Accueil Temporaire Psychiatrique

## Choix éditoriaux

Pour faciliter la lecture de ce rapport, les termes désignant des personnes, des fonctions ou des professions n'ont pas été féminisés. Le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes.

Pour la même raison, les valeurs fournies sont généralement arrondies à des nombres entiers. En raison de ces arrondis, dans le texte tout comme dans les tableaux et les figures, les totaux indiqués ne sont pas toujours égaux à la somme des valeurs ou des pourcentages reportés.

### **Usagers versus bénéficiaires versus patient**

La description de la population qui bénéficie des prestations mentionne le terme « **usager** » pour désigner les personnes prises en charge par les structures SAMS. Pour renforcer la vision holistique et l'approche psycho-socio-fonctionnelle, au-delà des éventuels problèmes médicaux, cette terminologie est moins stigmatisante que le terme « patient » habituellement utilisé. Cependant, lorsqu'il est fait référence à des publications écrites, des concepts existants ou des référentiels établis, le terme « **patient** » est repris conformément à la source originale (p.ex. le Dossier Electronique du Patient).

### **Professionnels versus participants**

Les acteurs principaux de ce projet sont des professionnels de la santé ou du social qui ont contribué activement aux pilotes. Ce rapport utilise le terme « **professionnels** » ou « **participants** » pour décrire leurs activités, opinions et expériences.

# 1 Résumé

# 1. Résumé

## 1.1. Introduction

Depuis 2016, le canton de Vaud s'est investi dans des projets pilotes visant l'amélioration de la coordination et la continuité des soins ainsi que l'efficacité de son système de santé. Ces projets visent à introduire un langage commun pour une évaluation multidimensionnelle des personnes âgées ayant des besoins en soins en implémentant la suite interRAI® dans différents lieux de soins.

Dans ce contexte, neuf structures d'accueil médico-sociales (SAMS) volontaires ont expérimenté deux outils interRAI associés à un colloque de coordination entre décembre 2019 et septembre 2020. Les SAMS sont de trois types, à savoir, des Centres d'Accueil Temporaires (CAT), des Courts-Séjours (CS) et des Logements Protégés avec une organisation de soins à domicile (LP). Ces structures contribuent au maintien à domicile des usagers. Le projet visait à tester le potentiel du langage commun dans l'échange entre professionnels du réseau de soins et à esquisser des pistes pour un déploiement de la démarche.

## 1.2. Objectifs de l'évaluation et méthodes

Les Directions Générales de la Santé et de la Cohésion Sociale, au travers du COPIL, ont mandaté la chefferie du projet SAMS pour l'évaluation du projet clinique. Les objectifs de l'évaluation sont de :

- a) Décrire les situations de coordination et la population d'utilisateur des SAMS évalués avec les outils interRAI.
- b) Examiner l'intérêt du langage interRAI dans la pratique clinique de coordination et de continuité entre professionnels du réseau de santé.
- c) Explorer les conditions d'un éventuel déploiement.

Le dispositif d'évaluation a mobilisé des méthodes mixtes dans une approche qualitative de type étude de cas. Des outils ont été créés ou adaptés pour recueillir des données permettant de décrire la complexité des situations, les situations de coordination et les perceptions des professionnels participants. L'analyse s'appuie, notamment, sur un cadre théorique envisageant la coordination des soins au travers de six activités.

## 1.3. Résultats

### **Situation de coordination avec l'outil interRAI (iRAI)**

Sur une période de 9 mois, entre un cinquième et un tiers des 55 situations d'utilisateurs montrent des indices de complexité. Une majorité des usagers a eu une à deux activités de coordination. Les CAT interagissent le plus fréquemment avec les Centres Médicaux-Sociaux (CMS) et des équipes mobiles, les CS avec le Bureau Régional d'Informations et d'Orientation (BRIO) et les LP avec les Centres Médico-Sociaux. Peu de médecins traitants ont été impliqués. Environ 40 minutes par usager est investi dans la coordination et, dans la majorité des cas, les raisons relèvent de préoccupations santé sociales.

### **Profil des usagers évalués**

Deux tiers des usagers (n=28) évalués avec l'interRAI Screener ont montré un score de vulnérabilité important. Une large majorité des usagers est indépendante dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) alors qu'une minorité l'est dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). La plupart des usagers présentent des difficultés cognitives légères (42%) à importante (16%). Presque un usager sur quatre rapporte souffrir de symptômes dépressifs.

## **Coordination et iRAI**

Globalement, en rapport aux besoins professionnels, les étapes de la démarche interRAI sont perçus comme cohérentes. L'analyse et l'interprétation sont les étapes recevant le moins d'avis de satisfaction. Un champ de tension semble exister entre la démarche interRAI, la démarche professionnelle et/ou l'approche institutionnelle. La valeur d'usage de l'interRAI Check-Up (iCU) pour dépister les principaux besoins des usagers comme aide à l'élaboration d'un plan d'accompagnement est reconnue par quasi tous les collaborateurs SAMS (SAMS). L'iCU est également reconnu comme utile pour la coordination par la plupart des participants (SAMS et partenaire du réseau de santé, PART). Ce qui ressort comme facteur facilitant la coordination est le langage aisé à se l'approprier, le fait qu'il soit partagé ainsi que l'effet positif de ce dernier sur l'environnement relationnel de la coordination.

## **Perspectives de pratiques d'évaluation clinique et de coordination**

Entre collaborateurs SAMS et PART, les avis sur une pratique clinique d'évaluation et de coordination convergent peu. Une évaluation clinique coordonnée impliquant que chacun évalue l'usager, suivi d'une discussion des résultats entre professionnels et se terminant par une communication ensemble à l'usager est principalement préférée par les PART. Pour la pratique de coordination, les SAMS souhaitent une organisation selon les objectifs alors que les PART expriment une préférence pour une planification tous les six mois.

## **Implantation : besoins et souhaits**

En dehors de la formation des collaborateurs concernés à une évaluation avec un outil interRAI, trois besoins sont identifiés. Le premier concerne l'organisation concrète de colloques de coordination interinstitutionnelle, car la plupart des SAMS ont déjà un colloque de coordination interne. Le second est l'adaptation ou l'accès à un outil interRAI santé mentale et le troisième, une intégration forte dans le système informatique primaire (éviter les doubles saisies) avec un support mobile.

### **1.4. Conclusions**

Même si la taille du projet (usagers et professionnels) ne permet pas d'extrapoler les résultats à toutes les réalités des structures SAMS. Il n'est pas incorrect d'affirmer que le profil des usagers est hétérogène tant sur le plan des ressources et capacités fonctionnels ainsi que psycho-sociales et, que certaines situations sont complexes. D'autre part, les perceptions des participants signalent des zones d'action soutenant l'utilité et l'utilisabilité de l'iCU et des résultats de l'iCU lors de coordination.

Les usagers en situation complexe nécessitent une coordination entre acteurs du système de santé qui peut être facilité et soutenu en utilisant un langage standardisé tel que l'iCU. Pour une implantation durable préservant la valeur d'usage du langage iRAI, une norme de pratique de la coordination interinstitutionnelle semble nécessaire ainsi que pour la pratique d'évaluation. Signalons aussi que la mise en œuvre de la Cybersanté dans les prochains mois offrira une opportunité de partage des informations par voie électronique en complément de colloque en face à face.

# 2

## Introduction

## 2. Introduction

### 2.1. Contexte

Depuis 2016<sup>1</sup>, au travers du décret sur le développement d'outils et de processus favorisant la continuité et la coordination des soins, le canton de Vaud s'est investi dans des projets pilotes visant l'amélioration de la coordination et la continuité des soins ainsi que l'efficacité de son système de santé. Ceci afin d'assurer une réponse clinique la mieux adaptée et faire face à l'augmentation des situations complexes et polymorbides dues au vieillissement et à la chronicité.

Le décret prévoit, entre autres, le déploiement du programme coRAI<sup>2</sup> visant à mener des projets pilotes pour préparer l'implémentation de la suite interRAI® dans différents lieux de soins. La suite interRAI, développée par le consortium interRAI sur la base des outils RAI initiaux, s'appuie sur un langage commun qui favorise la continuité des soins lorsqu'une personne passe d'un environnement de prise en charge à un autre<sup>3</sup> (par exemple, des services médico-sociaux à domicile à un établissement médico-social).

Dans les établissements médico-sociaux (EMS), il y a au moins deux types de « lieux de soins ». Il s'agit des lieux « d'hébergement » assimilable à des soins de longue durée (stationnaire) et des lieux « d'accueil temporaire » regroupés sous l'appellation Structures d'Accompagnement Médico-Social (SAMS). Au travers du projet coRAI EMS, deux pilotes ont été réalisés en hébergement (pilote clinique et le pilote temps de soins). Le pilote SAMS s'intéresse aux structures d'accueil temporaire qui contribue au maintien à domicile des personnes fragilisées ou vulnérables.

Le projet coRAI-EMS vise à offrir à des SAMS l'opportunité de tester l'utilisation du langage standardisé interRAI lors d'un processus d'évaluation clinique et lors de la coordination des soins avec des partenaires du réseau de santé.

### 2.2. Organisation des SAMS

Les SAMS d'un établissement médico-social (EMS) regroupent trois types de lieux « sociaux ou de soins<sup>4</sup> ». Il s'agit des Centres d'Accompagnement Temporaire (CAT), des Courts-Séjours (CS) et des Logements Protégés avec une organisation de soins à domicile (LP). Globalement, ces structures contribuent au maintien à domicile des usagers.

Les CAT sont des lieux où des soins peuvent être fournis (soins ambulatoires). Ce sont plus des lieux sociaux qui permettent d'accueillir en journée, une ou plusieurs fois par semaine, des

---

<sup>1</sup> [Exposé des motifs et projet de décret sur le développement d'outils et de processus favorisant la continuité et la coordination des soins - VD.CH](#)

<sup>2</sup> Programme de coordination des soins renforcé grâce à la suite interRAI. <https://www.vd.ch/toutes-les-autorites/departements/departement-de-la-sante-et-de-laction-sociale-dsas/direction-generale-de-la-sante-dgs/projets/news/10804i-renforcer-la-continuite-et-la-coordination-des-soins-par-un-langage-commun/>

<sup>3</sup>[https://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/organisation/dsas/DGS/Projets\\_et\\_actualite%C3%A9s/Les\\_raisons\\_du\\_choix\\_de\\_la\\_suite\\_interRAI.PDF](https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/DGS/Projets_et_actualite%C3%A9s/Les_raisons_du_choix_de_la_suite_interRAI.PDF)

<sup>4</sup> Au regard de LPFES, il semble qu'uniquement les Courts Séjours peuvent être considérés comme des lieux de soins.

personnes vivant à domicile, fragilisées par la vieillesse, un handicap ou l'isolement<sup>5</sup>. Certains CAT offrent des accueils de nuit. Des soins peuvent également être réalisés. Le but est de favoriser le maintien à domicile, la qualité de vie des personnes et de soutenir le rôle des proches aidants.

Les CS sont des séjours temporaires dans un établissement médicalisé<sup>6</sup>. Ils sont considérés comme des lieux de soins de transition et de soutien des aidants (séjours dits de répit). Le but est de prolonger le maintien à domicile de personnes momentanément affaiblies au travers d'une offre en soins et accompagnement de quelques semaines dans un cadre sécurisé.

Les LP sont des lieux où des soins peuvent être fournis (soins ambulatoires) par une organisation de soins à domicile privé et/ou publique. Ils sont des lieux de vie intermédiaires entre le domicile et l'hébergement en long séjour. Ils permettent de répondre aux besoins d'une population fragilisée qui souhaitent rester chez soi aussi longtemps que possible dans de bonnes conditions et dans un cadre sécurisé. Ils permettent souvent de reculer la date d'entrée en établissement médico-social ou de l'éviter<sup>7</sup>.

### 2.3. Objectifs du projet SAMS

Fin 2018, le comité de pilotage coRAI a défini les objectifs du projet comme suit. « Par l'utilisation de la démarche d'évaluation standardisée interRAI au sein de pilotes SAMS volontaires, l'objectif des pilotes visait à :

- Préserver ou renforcer la coordination et continuité des soins,
- Diminuer ou supprimer les freins à la coordination et la continuité des soins.

Plus particulièrement, les objectifs étaient de :

- Sensibiliser les collaborateurs des SAMS à la démarche d'évaluation interRAI et interroger le potentiel et les limites de ce langage commun dans leur pratique ;
- Tester localement le potentiel du langage commun dans l'échange entre professionnels du réseau de soins.
- Esquisser des pistes (recommandations) pour un déploiement de la démarche localement ou au sein d'une mission (court séjour par exemple) ».

### 2.4. Participants SAMS

Un appel à volontaires au sein des faitières HévivA (Association vaudoise d'institutions médico-psycho-sociales) et FEDEREMS (Fédération patronale des EMS vaudois) a été lancé fin 2018. Six SAMS représentant neuf structures ont décidé de participer au pilote (tableau 1) en complétant un formulaire de projet (annexe 1) et en signant la convention (annexe 2). Ils sont tous membres

---

<sup>5</sup> <https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/vivre-a-domicile/accueil-temporaire/>

<sup>6</sup> <https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/vivre-a-domicile/court-sejour/>

<sup>7</sup> [https://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/themes/social/Vivre\\_%C3%A0\\_domicile/Flyer\\_logements-protoges-2019\\_FINAL.pdf](https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/social/Vivre_%C3%A0_domicile/Flyer_logements-protoges-2019_FINAL.pdf)

de HévivA. Les principales caractéristiques des neuf structures sont résumées dans le tableau 2 (page 16).

Tableau 1. Participants SAMS

<b>Réseau de santé</b>	<b>Structures SAMS</b>			<b>CAT</b>	<b>CS</b>	<b>LP</b>	<b>Total</b>
Réseau de santé du Haut Léman (RSHL)					3	2	5
Réseau de santé de La Côte (RSLC)	1						1
Réseau de santé du la Nord Broye (RSNB)						1	1
Réseau de santé de la Région Lausannoise (RSRL)	1					1	2
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>9</b>

Les principales motivations étaient, par ordre d'importance : un intérêt pour la coordination et la continuité des soins interinstitutionnelles (n=6/6), de participer à une action collective orientée vers un but partagé (n=4/6), un souci d'efficacité du système de santé (n=4/6), l'opportunité de participer à une réflexion sur un projet cantonal (n=3/6) et, finalement, un intérêt pour les apports potentiels d'un système informatique de suivi des usagers (n=2/6).

Les SAMS ont reçu un défraiement pour le temps supplémentaire investi pour la conduite de leur pilote, les activités d'évaluation des usagers et de coordination telles que mentionnées dans le cahier des charges du projet (annexe 3).

Tableau 2. Description des structures SAMS

Type	Profil mandat	Admission	Nb <sup>2</sup>	Equipe	Partenaires cités	Colloque	Soins LaMAL <sup>8</sup>
CAT	Gériatrie Maintenir acquis Soutenir aidants	Rdv <sup>1</sup> si la situation est complexe	25	Responsable SAMS Assistant socio-éducatif Apprentis Civiliste	CMS / OSAD <sup>2</sup> Infirmier libéral CAT Proches aidants	Réseau selon besoins	Oui Evaluation PODA <sup>4</sup> Fiche OPAS
CAT	Psychiatrie de l'âge avancé Maintenir acquis, Soutenir aidants	Rdv Systématique	12	Infirmier Assistant socio-éducatif Apprenti	CMS / OSAD Infirmier libéral CAT Proches aidants Centre Mémoire	Réseau selon besoins	Oui Evaluation PODA Fiche OPAS
CS	Gériatrie Soins de transition Soutenir aidants	Rdv à la demande usager / proche	2	Personnel LS	CMS / OSAD Médecin traitant	1x/j 7/7	Oui PLEX (PLAISIR)
CS	Gériatrie Soutenir aidants Soutenir MAD <sup>5</sup>	Rdv si la situation est complexe	10	Personne de référence du personnel Long Séjour	CMS / OSAD BRIO	1x/j 7/7	Oui PLEX (PLAISIR)
CS	Gériatrie Soutenir aidants Soutenir MAD	Aucun rdv	28	Infirmier cadre Infirmiers Personnel d'assistance <sup>6</sup> Civiliste Intendance (personnel & gestionnaire)	CMS / OSAD BRIO CGA Physiothérapeute Ergothérapeute	1x/semaine	Oui PLEX (PLAISIR)
LP	Gériatrie Favoriser MAD	Non précisé	31	Référent social	CMS / OSAD Infirmier libéral CAT Proches aidants	Réseau selon besoins	Non
LP	Gériatrie Favoriser MAD	Non précisé	8	Infirmier référent Aide-soignant Personnel unité LS	CMS / OSAD Infirmier libéral CAT Proches aidants	Interne 1x/j. 7/7	Oui Fiche OPAS
LP	Gériatrie Favoriser MAD	Non précisé	45	Infirmier cadre Infirmier adjoint Personnel unité LS	CMS / OSAD Infirmier libéral CAT Proches aidants	Interne 1x/j. 7/7 Réseau selon besoins	Oui Fiche OPAS
LP	Psychiatrie adulte Prévenir déclin Soutenir acquis	Rdv à la demande usager / proche	180	OSAD-LP : Infirmier en santé mentale Infirmier cadre	CMS Médecin psychiatre Médecin traitant	1x/semaine	Oui Fiche OPAS

<sup>1</sup>Rdv : rendez-vous. <sup>2</sup>Nb : nombre de place. <sup>3</sup>CMS/OSAD : centre médico-social / organisation de soins à domicile. <sup>4</sup>PODA : outil pour déterminer le forfait socio-hôtelier. <sup>5</sup>MAD : Maintien à domicile. <sup>6</sup>Personnel d'assistance : assistante en soins et accompagnement, socio-éducative ou auxiliaire.

<sup>8</sup> Offert par la structure SAMS.

## 2.5. Description des pilotes du projet SAMS

Dans le cadre du programme coRAI, le comité de pilotage (COFIL) était composé de représentants de les Directions Générales de la cohésion sociale (DGCS) et de la santé (DGS) ainsi que de l'Association vaudoise d'institutions médico-psycho-sociales (HéviVA) et de la Fédération patronale des EMS vaudois (FEDEREMS). Durant le premier semestre 2019, la préparation des pilotes (figure 1) a été réalisée par la chefferie du projet coRAI-EMS (organisation, coordination technique et de la formation ainsi qu'un accompagnement sur le terrain). Chaque pilote SAMS a été coconstruit en partenariat avec les participants afin de tenir au mieux compte des contraintes et facilités locales. La mise en perspective des différentes options a permis de dégager un design global du projet. Ce design tient compte d'un projet en cours de déploiement (capRAI) dans les centre médico-sociaux (CMS) de l'Association Vaudoise des Soins d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD, faitière cantonale), un des principaux partenaires du réseau de santé des SAMS. La mise en œuvre localement du pilote SAMS auprès des partenaires du réseau de santé a été conduit par les participants avec le soutien de la chefferie du projet. La consultation des évaluations interRAI faite par le CMS et/ou le SAMS d'un usager commun n'a pas été opérationnalisée dans ce projet.

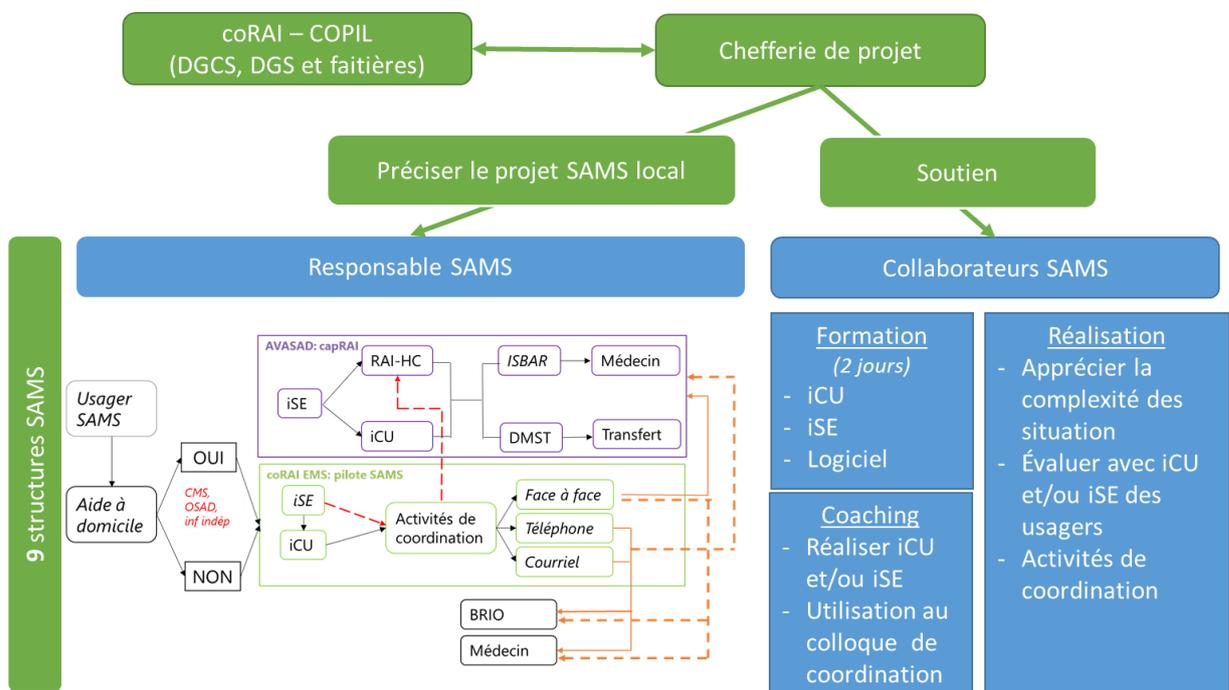


Figure 1. Design du projet SAMS

Nota. RAI-HC : Resident Assessment Instrument Home Care

### 2.5.1. Critère d'inclusion des usagers

Aucun critère n'a été prédéfini. Il a été recommandé de tester les outils interRAI (iRAI) de différente façon, notamment :

- Utiliser l'interRAI Screener (iSE) pour identifier les usagers pouvant bénéficier d'une évaluation de type interRAI Check-Up (iCU) ou, via le CMS, RAI-Home Care (RAI-HC).
- Utiliser l'iCU auprès d'un même usager à deux moments différents (par exemple en CS à l'entrée et avant la sortie).
- Utiliser l'iSE pour choisir les usagers qui bénéficieraient d'au moins un iCU.
- Utiliser l'iSE et l'iCU auprès d'usagers bénéficiant des soins d'une OSAD, d'infirmiers en pratique indépendante ou sans CMS.

### 2.5.2. Formation et infrastructure informatique

Le dispositif de formation de l'AVASAD, en cours de déploiement, a été utilisé pour former les collaborateurs SAMS. Ce dispositif de type Blended Learning (mélange de formation présentiel et à distance) comportait des apports collectifs, des exercices pratiques individuels sur une temporalité de deux à trois semaines. Une formation de deux jours donnée par une infirmière clinique des soins à domicile formée a été organisée pour les SAMS qui ne pouvaient pas bénéficier du dispositif AVASAD.

Entre septembre et décembre 2019, tous les collaborateurs SAMS ont suivi la formation à l'iCU et l'iSE, en principe, dans les CMS de leur réseau de santé (partenaire habituel).

Les collaborateurs des SAMS ont eu accès au logiciel utilisé par l'AVASAD au moyen de tablettes avec un identifiant à deux niveaux. Le support informatique a été l'Helpdesk de l'AVASAD, le support clinique a été assuré par la coordinatrice clinique du projet coRAI-EMS.

### 2.5.3. Outils interRAI®

Les deux outils interRAI (iRAI) retenus pour le projet SAMS sont ceux qui offraient une possibilité de partage d'informations (langage commun) entre acteurs du réseau de santé et ayant une portée générale sur le plan clinique (c'est-à-dire permettant une appréciation de la santé mentale et physique de la personne et ses aptitudes sociales). L'interRAI Screener (iSE) et l'interRAI Check-Up (iCU) répondaient à ses deux attentes. Ci-après un descriptif succinct de ces deux outils.

L'**InterRAI Screener**® (iSE) est un outil rapide de dépistage conçu pour l'utilisation clinique. L'iSE classe la personne dans six niveaux de vulnérabilité décelant les risques d'évènements indésirables tels que les admissions hospitalières, une institutionnalisation, un déclin fonctionnel, une ou plusieurs admissions aux urgences. Les scores les plus élevés, au-dessus de quatre indiquent la nécessité de procéder à une évaluation approfondie et globale.

L'iSE contient douze questions portant sur six domaines (activités de la vie quotidienne, capacités cognitives pour la prise de décisions, humeur auto déclarée, état du soutien familial, instabilité de santé et autoperception de la santé). La séquence des questions change en fonction de la réponse à la question précédente. Ainsi, les personnes les plus vulnérables nécessitent trois ou

quatre questions pour établir le score, alors que les moins vulnérables en demandent plus. Les résultats sont conçus pour guider, non pour remplacer, le meilleur raisonnement clinique.

**L'interRAI Check Up®** (iCU) est un outil d'évaluation dimensionné pour une évaluation de la santé mentale et physique de la personne, ainsi que de ses aptitudes sociales dans le but d'un maximum d'autonomie dans la gestion de la vie quotidienne et la qualité de vie. Plus particulièrement, il permet d'identifier les risques liés au déclin fonctionnel au travers de neuf domaines cliniques composés de 68 items (sans les items administratifs). Une grande partie du recueil de données de l'évaluation est basé sur des observations fines de la personne. Pour certaines informations il est indispensable de demander explicitement le vécu de la personne (par exemple : tristesse, anxiété, anhédonie, ressenti général sur sa santé, choix financiers qui mettent en difficulté le logement, médication, alimentation, etc.).

Les algorithmes prennent en compte les ressources de l'utilisateur pour déterminer les scores (échelles) et alertes (Clinical Action Points = CAP). Les résultats des échelles (scores) facilitent le suivi de l'évolution dans le temps en monitorant la stabilité, les améliorations et les déclin précoces ou sévères des usagers. Par exemple, la nécessité d'une réhabilitation (Réhabilitation indicateur) met en relation des aspects fonctionnels des activités de la vie quotidienne (AVQ) et des activités instrumentales de la vie quotidienne (IAVQ), un déclin récent et la performance cognitive pour participer à un programme de réhabilitation. Les alertes (CAPs) indiquent la nécessité d'entreprendre d'éventuelles actions, notamment un bilan de risque de chute ou des prestations de réhabilitation à la suite de déclin fonctionnels récents.

En résumé, l'iCU permet de prendre une photo qui contient une information structurée et multidimensionnelle de la situation sociosanitaire des usagers. Ces informations standardisées donnent aux acteurs du réseau de santé, une base de réflexion et une aide à la décision pour prioriser les interventions de prévention et d'accompagnement, pour suivre l'évolution dans le temps basé sur des points de références, en dialogue avec l'utilisateur et ses proches.

**Dans le pilote clinique SAMS, la Suite interRAI est mobilisée comme un moyen soutenant les objectifs ci-après :**

- Mettre en commun des observations entre plusieurs professionnels de soins.
- Ouvrir les observations et les échanges sur les capacités, ressources et préoccupations de la personne en plus des problèmes et prestations fournies.
- Objectiver l'état de la situation de la personne et ses évolutions au sein de l'équipe.
- Prendre des décisions cliniques basées sur des informations structurées et multidimensionnelles.

# 3 Evaluation

## 3. Evaluation

### 3.1. Objectifs

Initialement, l'évaluation du pilote SAMS a été envisagée sous la forme d'une collection de récits d'expériences des participants selon un canevas prédéterminé. En raison des adaptations aux caractéristiques locales de chaque pilote et du petit nombre de participants, il est apparu que cette option limiterait les possibilités de dégager des tendances des structures SAMS participantes. La chefferie a donc assuré l'évaluation du projet coRAI-SAMS.

Les résultats de l'évaluation du projet SAMS aideront la DGS et la DGCS pour la préparation d'un éventuel pilote dans les courts séjours et dans les établissements psychosociaux (EPSM).

Les objectifs de l'évaluation sont les suivants :

- Décrire les situations de coordination et le groupe d'utilisateurs évalués avec les outils iRAI.
- Examiner l'intérêt (potentiels et limites) du langage iRAI dans la pratique clinique de coordination et de continuité entre professionnels du réseau de santé.
- Explorer les conditions d'un éventuel déploiement.

### 3.2. Cadre général et méthodologie

Afin d'explorer l'intérêt et les potentiels du langage iRAI, différents instruments ont été construits pour collecter des données (fiche de relevé, questionnaires, etc.) pour rendre compte des situations de coordination et du rôle joué par les évaluations iRAI.

Les contenus des instruments de collecte se sont basés sur certains attributs du concept de coordination des soins décrit par McDonald et al. (2007) et des activités de coordination identifiées par Meyers et al. (2010).

En résumé, la **coordination des soins** se définit comme :

*« L'organisation volontaire des soins du patient entre deux personnes ou plus (incluant le patient) impliqués dans la prise en charge du patient afin de faciliter l'utilisation appropriée des services de santé. Cette organisation nécessite le déploiement de personnel et autres ressources nécessaires au bon déroulement des soins et est souvent assurée par l'échange d'informations entre les différents prestataires. » (McDonald, 2007 :41, traduction libre).*

Cette coordination mobilise, variablement, six groupes d'activités dont certaines ont été expérimentées durant le projet SAMS (tableau 3, page 22).

Tableau 3. Correspondance entre les groupes d'activité de coordination et le projet SAMS

Groupe d'activités de Meyers	Activités dans le projet SAMS
1. Déterminer et actualiser les besoins en coordination des soins (basé sur les besoins en soins et les recommandations thérapeutiques).	Documenter la complexité des situations, les activités de coordination et les évaluations iRAI
2. Créer et actualiser un plan de soins proactif.	Actualiser le plan de soins dans le Document Médico-Social de Transmission (DMST, annexe 4) et/ou le dossier de l'utilisateur.
3. Communiquer (échanger les informations, les préférences, les buts et expériences de soins des usagers en personne, par téléphone ou courrier/courriel), notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Entre les professionnels de santé, les patients et leurs familles.</li> <li>o Au sein des équipes de professionnels de la santé.</li> <li>o Entre les équipes ou les établissements de soins de santé.</li> </ul>	Moyen de coordination : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Téléphone, courriel, en face à face</li> </ul> Relevé des participants à la coordination : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collègues, soins à domicile, médecin traitant, etc.</li> </ul> Raisons de se coordonner <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer ensemble, définir les objectifs, articuler des prestations, etc.</li> </ul>
4. Faciliter les transitions (partage d'information et transfert des responsabilités).	Transmission et accessibilité des décisions, par exemple en remettant un DMST.
5. Établir des liens avec les ressources communautaires.	Raisons de se coordonner
6. Adapter les ressources communautaires aux besoins de la population (niveau du système identifier les opportunités d'amélioration).	Non inclus

Par ailleurs, plusieurs écrits indiquent que les formes de coordination (en présentiel, par téléphone et/ou courrier/courriel) sont influencées par la complexité des besoins de chaque usager ou groupe d'utilisateurs (McDonald et al. 2007, Meyers et al. 2010., HAS, 2014, Giger et al 2018). Une situation complexe se définit comme « *une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé* » (HAS, 2014 : 15). Le terme de complexité est utilisé pour qualifier la situation d'un patient pour lequel la prise de décision clinique et les processus liés aux soins ne peuvent être ni de routine ni standards. Ainsi, les indices pour objectiver une situation complexe peuvent se résumer comme suit :

- Multitude de facteurs bio-psycho-socio-culturels
- Evolution incertaine,
- Intervention non standardisée,
- Interdépendance de plusieurs professionnels des soins.

### 3.2.1. Collecte des données et analyses

La collecte de données s'est déroulée de mi-octobre et mi-décembre 2020. Elle s'est basée sur des méthodes mixtes mentionnées dans la figure 2 dans une approche qualitative d'inspiration « étude de cas » (Alberto, 2011). Dans le rapport l'expression « situation » au lieu de « cas » a été utilisée. Le matériel de collecte conçu peut être consulté dans le chapitre méthode de l'annexe. Ces instruments ont été partagés avec la responsable du programme coRAI.

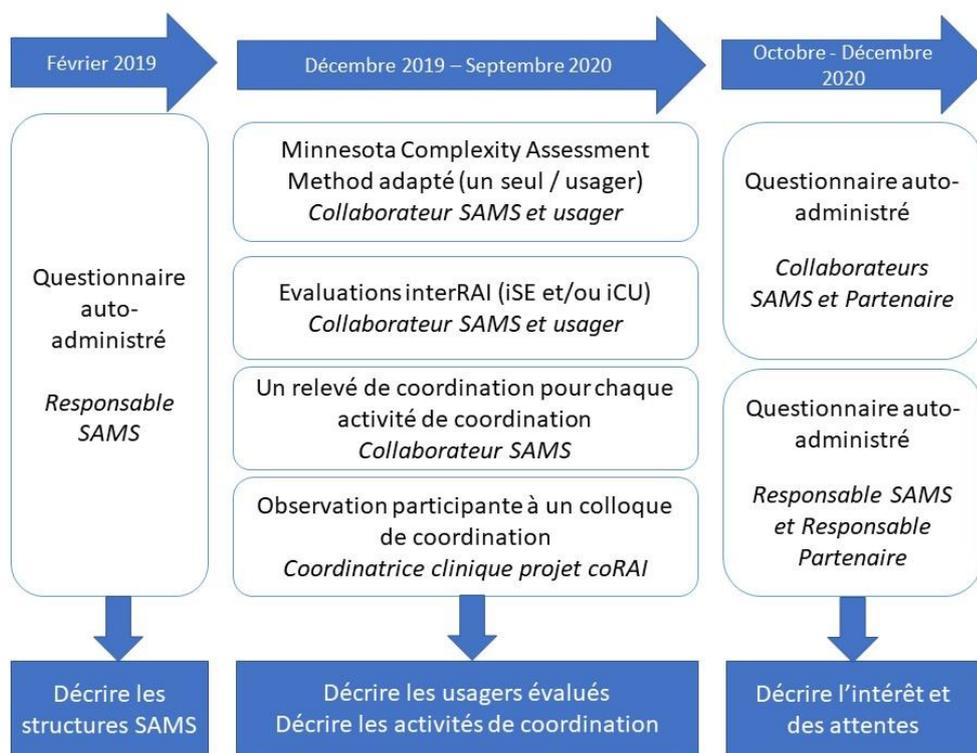


Figure 2. Dispositif d'évaluation du projet

Pour **décrire les situations de coordination**, deux sources de données recueillies par les collaborateurs des SAMS ont été mobilisées. La première visait à collecter des informations, notamment, sur les participants à la coordination, les raisons de coordination. Dans ce but, une fiche de relevé des activités de coordination (annexe 5) pour chaque activité de coordination a été complétée. La seconde s'est intéressée aux caractéristiques de la situation de chaque usager apprécié au moyen du Minnesota Complexity Assesment Method adapté (annexe 6).

Pour **décrire le groupe des usagers évalués avec les iRAI**, les données anonymes des évaluations iRAI ont été extraites du logiciel.

Pour **examiner l'intérêt (potentiels et limites) du langage interRAI dans la pratique clinique de coordination**, deux sources d'informations ont été utilisées. La première visait à explorer l'intérêt du langage iRAI et s'est traduit en une série de questions sur les énoncés iRAI, sur les « effets » de l'usager des résultats iRAI lors des activités de coordination. Ces questions (annexe 7) ont été posées dans le questionnaire autoadministré à l'intention des SAMS et des partenaires du

réseau de santé (PART, annexe 8). La deuxième provient de notes d'observations des colloques de coordination auxquelles la coordinatrice clinique du projet coRAI a participé.

Finalement, pour **explorer les conditions d'un éventuel déploiement**, une série de questions ont été posées aux SAMS et PART ainsi qu'aux responsables des SAMS et PART. Elles explorent, notamment les possibilités d'aménagement institutionnel et les besoins en soutien (annexe 9 et 10).

La préparation des données des fiches de relevé des activités de coordination est résumée dans les annexes 11 et 12. De même, pour le traitement d'une même question adressée au SAMS et PART sur les énoncés cliniques iRAI (annexe 13). Ensuite, des analyses descriptives (moyenne, médiane, fréquence) et thématiques (unité de sens pour les données textuelles) ont été effectuées. A partir des données du journal d'observation des colloques de coordination, des contextualisations des résultats ont été faites ainsi qu'un exemple concret par structure SAMS a été décrit.

# 4 Résultats

## 4. Résultats

### 4.1 Situation de coordination avec un iRAI

Ce chapitre propose une image des situations de coordination avec des usagers évalués avec un iRAI expérimentés par les SAMS et les PART. Dans ce but, le processus de sélection des données pour décrire les situations de coordination avec iRAI (cas) est résumé. Par la suite, les participants à une coordination, les modalités et la durée des coordinations ainsi que les raisons de coordination sont présentées. Ensuite, les indices de complexité des situations des usagers bénéficiant des SAMS sont décrits. Finalement, à partir des évaluations iCU, une description des usagers est faite avant d'illustrer les situations de coordination avec des vignettes.

#### 4.1.1. Sélection des situations

Entre janvier et septembre 2020 (annexe 14), les SAMS ont évalué 75 usagers avec un outil iRAI, 55 ont bénéficié d'au moins un iCU (figure 3). Ils ont complété 52 fiches de complexité « caractéristiques de la situation » dont 47 ont pu être associées à une évaluation iRAI des usagers et 90 fiches de relevé des activités de coordination dont 82 ont pu être associées à 27 usagers avec au moins une évaluation iRAI (un usager peut avoir plusieurs activités de coordination). Une majorité des usagers ont 1-2 coordination (n=18), trois ont eu 3-5 coordinations, cinq autres ont eu 6-7 coordinations et un seul usager a eu plus de 8 coordinations.

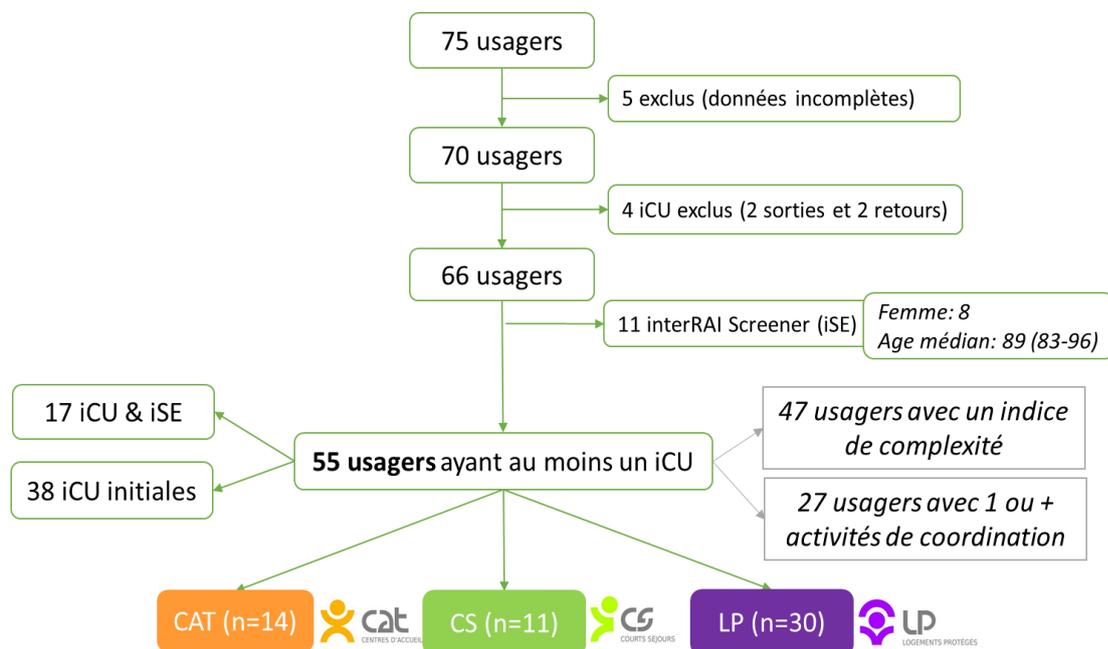


Figure 3. Sélection des usagers

iSE : interRAI Screener, iCU : interRAI Check-Up

Les SAMS ont utilisé différents arguments pour sélectionner les usagers à introduire dans le pilote. Certains ont utilisé l'iSE pour identifier les usagers pouvant bénéficier d'une évaluation clinique. A cinq occasions, cette première évaluation a été suivie d'un iCU. Les autres arguments de sélection ont été que l'utilisateur n'avait pas de suivi par un professionnel à domicile, il y avait un

besoin d'accompagnement et de soins pour le retour à domicile, le ressenti personnel du professionnel et le niveau d'autonomie de l'utilisateur.

#### 4.1.2. Participants à une coordination

Il ressort que les activités de coordination avec des informations cliniques iRAI ont été expérimenté par sept participants « entre collaborateurs des SAMS et avec des partenaires du réseau de santé ». Une minorité (n=5) a uniquement testé la coordination avec des informations cliniques iRAI avec les partenaires du réseau de santé.

Les principaux PART impliqués dans la coordination sont, respectivement, pour les CAT : les CMS et différentes équipes mobiles<sup>9</sup>, pour les LP : les CMS et, pour les CS : le bureau régional d'orientation et d'information (BRIO) (annexe 15, résultats détaillés). L'implication des médecins a été variablement opérationnalisée par les SAMS. Les CAT indiquent ne pas avoir impliqué les médecins (n=2). Les CS ont informé les médecins de l'activité de coordination (n=1) et d'autres indiquent ne pas les avoir impliqués (n=2). Les participants des LP ont mentionné avoir expérimenté des activités de coordination avec des médecins (n=4).

Une demande de coordination peut émaner de différents acteurs du système socio-sanitaires. Les principaux demandeurs ont été les SAMS (CAT = 27/82 demandes, CS = 20/82 demande, LP = 27/82 demandes ; 8/82 demandes ont été faites respectivement par le CMS [n=5], l'hôpital [n=1] et des proches [n=2]).

#### 4.1.3. Modalité et durée des coordinations

Une grande majorité des activités de coordination a été réalisée par téléphone<sup>10</sup> et, en deuxième tendance, au travers de colloque (annexe 16). Les principales informations cliniques iRAI mobilisées lors d'une coordination par téléphone ont été : une difficulté pour marcher, de l'intolérance à l'effort et/ou des difficultés cognitives ; lors des colloques l'échelle de la douleur et/ou l'alarme chute et, par courriel, des ressources limitées (accès logement, finance).

En termes de temps investi dans la réalisation d'une coordination, les CAT et les LP ont eu une consommation moyenne de 20-25 minutes par usager plus importante que les CS (annexe 17).

#### 4.1.4. Raisons de se coordonner

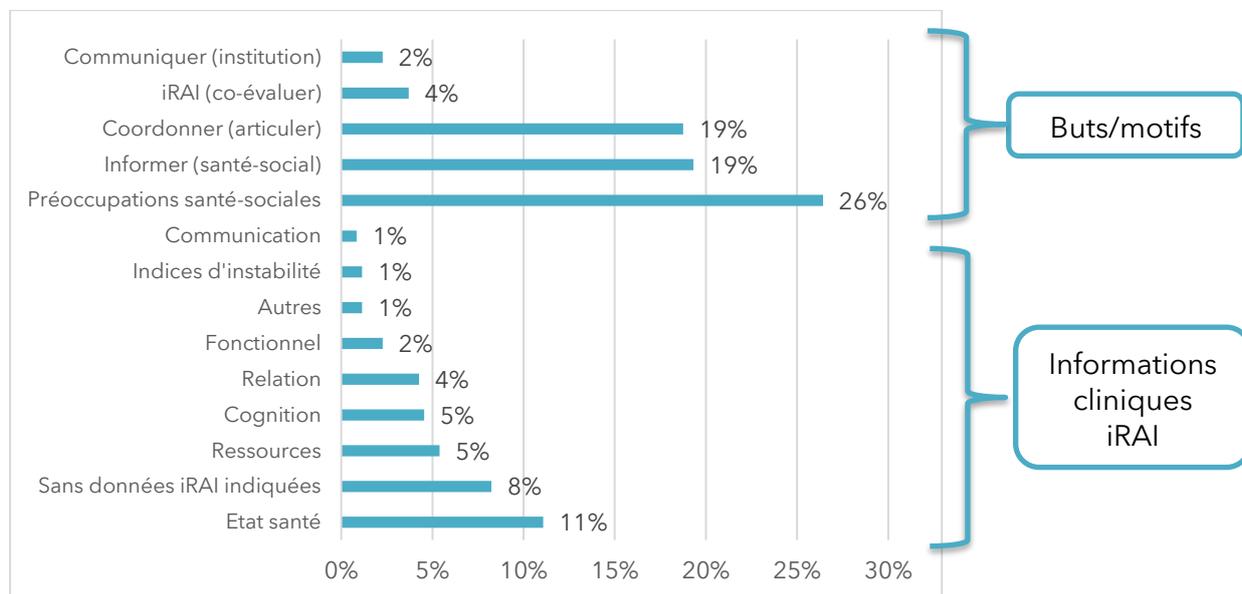
La fiche de relevé des activités de coordination a proposé un ensemble de raisons pouvant motiver une activité de coordination. Celles-ci ont été regroupées dans 10 catégories, six relèvent d'informations cliniques iRAI et quatre concernent les buts et motifs (graphique 1, page 28). Une ou plusieurs raisons peuvent avoir motivé une activité de coordination pour un même usager (par exemple : une préoccupation générale sur la situation sociosanitaire de l'utilisateur et une information clinique iRAI). De même, une ou plusieurs activités de coordination peuvent avoir été

---

<sup>9</sup> LP, Equipe Mobile Psychiatrie de l'Age Avancé, Equipe Mobile de Soins Palliatifs, curateur, cuisinier, cadre soins de l'Etablissement Médico-Social, Consultation Gériatrique Ambulatoire

<sup>10</sup> Le contexte de la pandémie covid-19 et les mesures de semi-confinement ont probablement contraint à privilégier les activités de coordination téléphoniques.

réalisées pour un même usager. Ainsi, un peu moins de 50% des usagers (27 = 9 usagers CAT, 8 usagers CS et 10 usagers LP) ont permis de constituer 82 fiches de relevé de coordination. Ces fiches ont rapporté 352 raisons de coordination, respectivement, 248 motifs ou buts et, 104 informations cliniques iRAI. Moins de 10% des activités de coordination (n=29/352) n'ont pas indiqué l'utilisation d'informations cliniques iRAI.



Graphique 1. Ensemble de raisons liées à une activité de coordination dans les SAMS

**DONNEES iRAI. Ressources :** difficultés dans les conditions d'habitation, ressources limitées (accès logement, finance), situation stressante récente. **Cognition :** difficultés cognitives (décision, mémoires), échelle de performance cognitive, alarme communication. **Relation :** difficultés dans les relations sociales, difficultés de l'aide informelle, échelle de communication, échelle de sévérité des atteintes sensorielles, échelle d'humeur autodéclarée. **Etat de santé :** difficultés d'alimentation ou bucco-dentaires, difficultés pour marcher/intolérance à l'effort, difficultés dans le sommeil, échelle de douleur, alarme de chute, alarme de douleur. **Etat fonctionnel :** échelle hiérarchique des AVQ, échelle hiérarchique des AIVQ, échelle fonctionnement dans les AVQ et AIVQ, indicateur de réhabilitation, score iSE<4. **Indices d'instabilité :** dyspnée, vertige/étourdissement, score iSE>4.

**BUTS&MOTIFS DE COORDINATION :** **Coordonner :** articuler les prestations de soins et d'accompagnement entre SAMS et PART, co-définir les objectifs de soins et d'accompagnement, déterminer le projet de sortie, besoin de discuter/clarifier les objectifs de l'offre en soins et accompagnement, besoin de clarifier les prestations des soins et d'accompagnement. **iRAI :** besoin de discuter des résultats d'évaluation iCU ou iSE, besoin de réaliser une co-évaluation de la situation avec iCU ou iSE. **Informier (santé-social) :** informer le PART d'un événement concernant l'usager, informer le réseau informel (proches) d'un événement concernant l'usager, obtenir de l'information sur la situation sociosanitaire de l'usager, besoin de transmettre un changement observé dans la situation. **Préoccupations Santé-Social :** besoin de comprendre l'absence d'un usager, besoin de discuter d'un changement observé dans la situation de l'usager, préoccupation générale sur la situation sociosanitaire de l'usager. **Communication (institutionnelle) :** informations sur l'organisation, fonctionnement de la structure SAMS.

En termes de « situation de coordination », 16 usagers ont, au moins, une évaluation iCU, une fiche de complexité et une activité de coordination documentées. Respectivement, 5 usagers des CAT, 2 des CS et 9 des LP. Aucun de ces cas a été abordé lors de la réalisation des observations du colloque de coordination par la coordinatrice clinique coRAI.

Finalement, il est à relever que les raisons de coordination recensées indiquent, d'un côté, que presque un tiers des buts/motifs de coordination des SAMS ont impliqué des « préoccupations santé-sociale » (annexe 18, résultats détaillés). D'un autre côté, un dixième des informations cliniques iRAI concernait un aspect de l'état de santé (annexe 18, résultats détaillés).

#### 4.1.5. Partage des décisions

En termes de partage des décisions prises dans le cadre d'une activité de coordination, celle-ci semble peu régulière. Il ressort que les SAMS et les PART ont produit des documents et les ont rendus accessibles (figure 4). Aucune autre précision a été recueillie sur le type de document transmis.

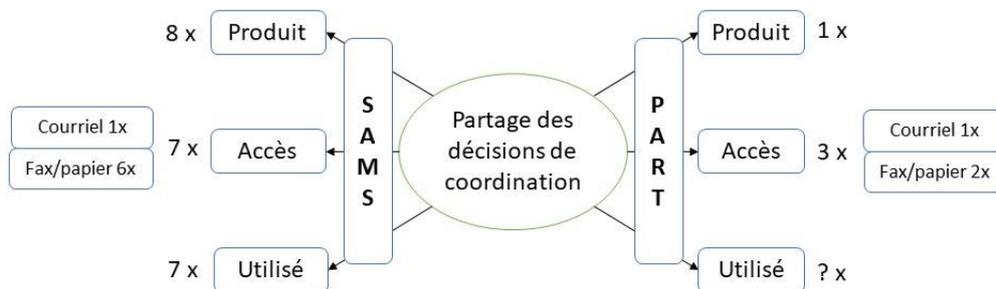
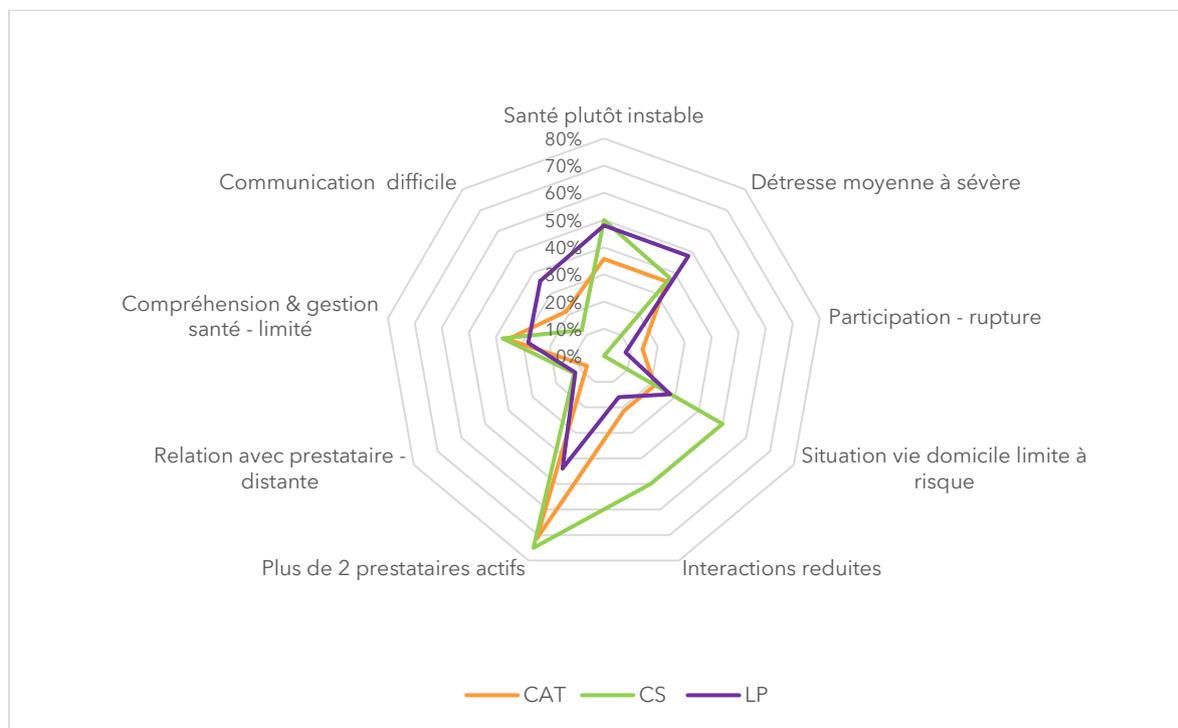


Figure 4. Processus de partage des décisions de coordination.

#### 4.1.6. Complexité des situations

Une coordination est, en principe, attendue dans les situations de soins complexes. Les résultats indiquent qu'un peu moins d'un quart des usagers des SAMS (39%) présentent des indices de situation complexe avec un nombre médian d'usagers par structure SAMS entre 3 et 7 (annexe 19), respectivement, environ 20% pour les CAT, 35% pour les CS et 30% pour les LP. Les indices de complexité par dimension (pourcentage d'utilisateur par dimension) sont résumés dans le graphique 2. Il apparaît, par exemple, qu'un peu moins de 80% des usagers des CS et des CAT ont plus de 2 prestataires de soins actifs



Graphique 2. Indices de complexité « plutôt oui »

Au terme de ce chapitre, dans ce projet, les situations de coordination avec iRAI peuvent être caractérisées comme suit. Plusieurs usagers ont nécessité plus d'une activité de coordination avec différents partenaires du réseau de santé (CMS, BRIO, Equipes mobiles, etc.). Les principales raisons de coordination citées concernent des préoccupations santé-sociales et/ou des informations cliniques iRAI sur l'état de santé. Pour se coordonner, le moyen le plus fréquemment utilisé a été le téléphone (surestimation probable en raison des mesures de limitation imposées par la pandémie) et ensuite le colloque. Pour une minorité de situations, le moyen de partager des décisions à la suite d'une coordination est l'envoi de document par courriel, fax ou de mains à mains. A noter que comme la majorité des activités de coordination a été faite par téléphone, la documentation des décisions a peut-être été faite par chacun dans le dossier informatisé de l'utilisateur de son institution. Finalement, entre un tiers et un cinquième des situations des usagers présentent des indices de complexité qui pourraient parler en faveur d'un besoin en coordination des soins.

## 4.2. Profils des usagers évalués

### 4.2.1 Usagers évalués avec l'iSE

Le groupe d'usagers évalués avec l'iSE<sup>11</sup> (annexe 20) est constitué de 17 femmes et 11 hommes. En termes de vulnérabilité, les scores d'iSE classifient un tiers des usagers dans le niveau 3-4 (vulnérabilité moyenne) et deux tiers des usagers dans le niveau 5-6 (vulnérabilité importante). Ainsi, potentiellement, un volume important d'usagers pourrait être « candidat » à une évaluation clinique globale afin d'aider au renforcement des ressources et/ou à la gestion des risques de dégradation de la situation de santé.

### 4.2.2. Usagers évalués avec l'ICU

Les usagers évalués avec l'ICU étaient majoritairement des femmes (n=33, 60%), respectivement, sept en CAT, huit en CS et 18 en LP. L'âge médian des usagers, toutes les structures confondues, était de 80 ans. L'âge moyen (min-max) par structure était, respectivement, de 80 ans (67-88) pour le CAT, de 76 (35-90) pour le CS et 64 (42-95) pour le LP. Une minorité d'usagers des CAT vivait seule à domicile (n=5/14) et la moitié avait des amis proches (n=8/14). En CS, les deux tiers des usagers vivaient seuls (n=7/11) et avaient des amis proches (n=7/11). Finalement, deux tiers des usagers des LP vivaient seuls (n=18/30) et un peu plus avaient des amis proches (n=21/30).

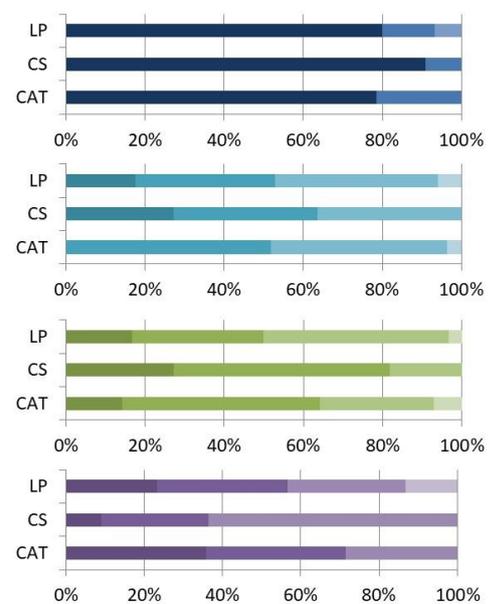
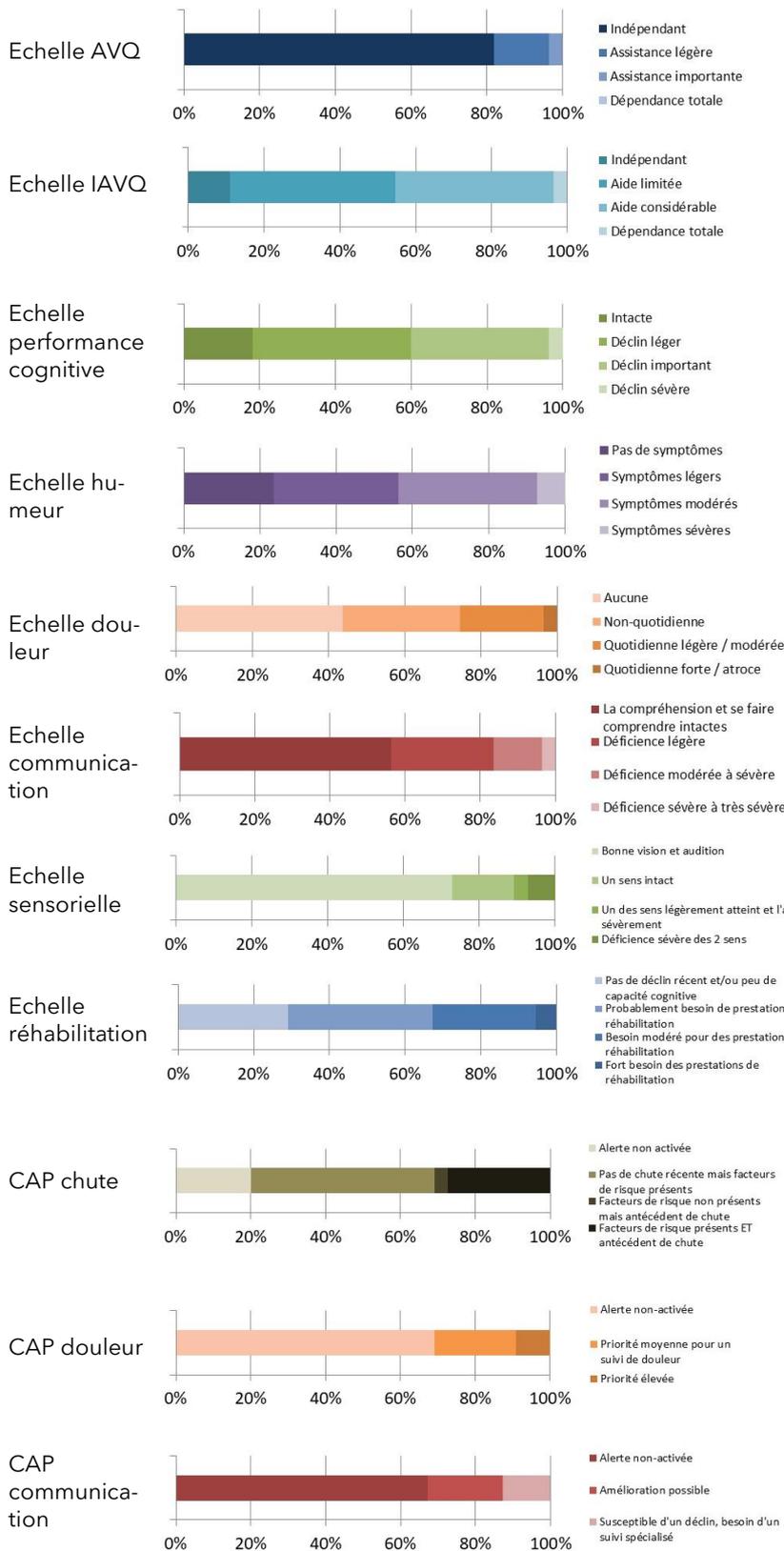
### Les échelles cliniques et des alertes

Un grand nombre d'usagers (82%) sont indépendants dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) et aucun n'est totalement dépendant d'une assistance. Ceci est en contraste avec les Activités Instrumentales de la Vie quotidienne (AIVQ) où une minorité est totalement indépendante (11%) et un grand nombre reçoit de l'aide pour préparer les repas, faire le ménage courant, la gestion de l'argent et des médicaments et/ou des courses. Au niveau des capacités cognitives, le constat est similaire que pour les AIVQ. Un usager sur cinq montre des capacités intactes (18%) ou des problèmes précoces (20%) et, la plupart montrent des troubles cognitifs légers (42%) voir important (16%). Une minorité rencontre des troubles cognitifs sévères (4%). Presque un usager sur quatre rapporte explicitement souffrir actuellement ou récemment de symptômes dépressifs avec une anxiété, anhédonie et/ou une tristesse variée.

Ainsi, le graphique 3 (page 32) montre la répartition selon le type de structure SAMS des niveaux fonctionnels pour les AVQ, les AIVQ, la performance cognitive et l'humeur. Le graphique 4 (page 32) montre la répartition des 55 usagers par niveau fonctionnel pour l'autonomie dans les AVQ et AIVQ, la performance cognitive, l'humeur, la douleur, les performances sensorielles et de communication ainsi que des alertes pour indiquer le besoin d'un bilan de chutes et de réhabilitation.

---

<sup>11</sup> Evaluation unique : 11 usagers ; Evaluation iSE + ICU : 17 usagers.



Graphique 3. Echelles selon SAMS

#### Graphique 4. Echelles et Alertes (CAPs) cliniques (n=55)

Note : Données des 55 évaluations réalisées dans 9 structures SAMS, respectivement, 14 CAT, 11 CS, 30 LP.

**Echelles** : Capacité fonctionnelle AVQ : mesurée par sADLH scale (Activities of Daily Living Hierarchy Scale), Capacité fonctionnelle IAVQ : mesurée par siADLH scale (Instrumental Activities of Daily Living Hierarchy Scale), Capacité cognitive : mesurée par sCPS II scale (Cognitive Performance Scale version 2), Capacité sensorielle : mesurée par sDBI scale (Deaf Blind Index), Capacité de communiquer : mesurée par sCOMM scale (Communication Scale), Humeur : mesurée par sSRM scale (Self-Reported Mood Scale Short Form), Douleur : mesurée par sPAIN scale (Pain Scale).

**Alerte = CAPs** (Clinical Action Points, points d'action cliniques) : CAP de chute : mesuré par cFalls\_review (Falls Review CAP, algorithm en test, pas encore validé), CAP de communication : mesuré par cCOMM (communication CAP), CAP de douleur : mesuré par cPAIN (Pain CAP), Réhabilitation : mesuré par sREHAB scale (Rehabilitation Indicator).

### Ressources, problèmes et changements récents

Une soixantaine d'items de l'iCU concernent des domaines cliniques importants. Il s'agit : de l'autonomie, la prise de décision, la santé mentale, la communication, le bien-être, l'humeur, le comportement, la mobilité, les activités, la situation socio-économique, l'implication dans la vie sociale, le quotidien, l'entourage et les proches ainsi que des aspects médicaux. L'analyse de certains items individuels (codage standardisé) permet d'objectiver des observations et des informations spécifiques pour mettre en évidence des ressources, des problèmes (préoccupation, troubles ou besoin) et des changements récents. Ainsi, tant qu'un usager n'est pas au maximum de dépendance ou d'une atteinte sévère, certains items peuvent être lus et utilisés comme des informations sur les ressources existantes (capacités) à préserver au travers des mesures d'accompagnement. Dans le même ordre d'idée, les items informant sur les changements récents signalent la nécessité d'explorer plus finement la situation afin de déterminer le suivi et les mesures préventives ou de stabilisation à mettre en place. La figure 5 (page 34) résume certains items individuels des 55 usagers des SAMS.

## CHANGEMENTS RÉCENTS



- 18% Ma performance et mon autonomie sont détériorées au cours des derniers 3 mois
- 16% J'ai récemment perdu du poids substantiel
- 18% J'ai fait minimum une chute ou plus au cours du dernier mois



- 18% Ma capacité cognitive est détériorée au cours des derniers 3 mois
- 58% J'ai récemment fait face à un événement stressant (divorce, décès, diagnostic)



- 15% J'ai récemment diminué mes activités préférées et j'en souffre

## PRÉOCCUPATIONS, TROUBLES ET BESOINS



- 65% J'ai des problèmes de sommeil
- 56% Je souffre de la fatigue qui (22%) influence ou empêche mes activités quotidiennes
- 16% J'ai des problèmes cutanés
- 25% J'ai des œdèmes périphériques
- 20% J'ai des problèmes bucco-dentaires
- 38% J'ai une démarche instable
- 39% J'ai des vertiges ou étourdissements



- 44% Je me suis senti-e triste, anxieu-x-se, sans intérêt ces derniers jours
- 36% Je me sens fréquemment seul-e



- 18% Je ne participe jamais à une activité qui me plait
- 18% Je suis obligé de faire des choix financières (médication, logement, repas)
- 10% L'accessibilité de mon logement est limitée
- 35% Mes proches m'aident à une fréquence de plus de 10hrs par semaine
- 27% Mes proches ont des signes de stress et de se sentir dépassés

## RESSOURCES ET CAPACITÉS



- 93% Je me déplace sans aucune aide, assistance, ni supervision
- 80% Je n'ai pas fait des chutes récentes
- 64% Je m'exprime facilement et j'entends bien les autres
- 82% Je vois bien
- 84% Mon audition est bonne



- 64% Je n'ai aucun problème de mémoire, ni de prise de décision
- 56% Je ne me sens jamais seul-e
- 54% J'habite seul-e



- 66% J'ai un-e ami-e proche
- 54% Je participe régulièrement à des activités qui me plaisent

Figure 5. Items individuels « Ressources », « Problèmes » et « Changements récents »

En résumé, les 55 usagers font appel aux services des SAMS. Aucun usager n'est à 100% autonome, mais un grand nombre d'usagers bénéficie encore de grandes capacités et ressources pour planifier leur quotidien et vivre une vie sociale satisfaisante. Par ailleurs, c'est une réalité que des usagers des SAMS présentent certains syndromes avancés, des déclinés sévères et/ou des besoins en lien avec leur situation sociale qui nécessitent un accompagnement professionnel (soins et social).

### 4.2.3. Vignettes coordination avec iRAI

Même si les items iRAI sont standardisés, il n'existe pas une approche standardisée pour dialoguer avec l'utilisateur et concevoir une offre en soins et accompagnement sur mesure. L'ICU ne propose pas de recettes prêtes à l'emploi. Il fournit des informations utiles et holistiques que les professionnels du système de santé traitent (traduction des items iRAI) pour élaborer un plan thérapeutique personnalisé, sur mesure pour l'utilisateur. Ainsi, dans le prochain paragraphe, quelques situations d'utilisateurs rencontrés pendant le pilote vont illustrer comment des items standardisés iRAI ont été utilisés pour mettre à jour l'offre en soins et accompagnement des collaborateurs des SAMS et PART.

#### Usager des CAT avec CMS

	<p>Madame est suivie par le CMS pour un contrôle de santé une fois par semaine, et un accompagnement par une infirmière en santé mentale. Son mari la conduit deux jours par semaine au CAT qui sont appréciés par Madame. Elle a un diagnostic de maladie dégénérative, elle a des troubles de l'équilibre ne nécessitant pas de moyens auxiliaires pour la marche. Son mari est très sportif et ne comprend pas la maladie de son épouse qui peut la limiter dans ses activités quotidiennes, sa participation sociale.</p>
	<p>Madame est âgée de 81 ans, elle vit avec son époux dans un appartement. Elle a une fille et deux petits enfants. Sa fille est un soutien affectif. Ils se voient régulièrement dans leur chalet à la montagne. Madame est de langue allemande, elle s'exprime en français. Elle est autonome au niveau des AVQ. Son mari est très présent et soutenant pour les AIVQ. Madame aimait beaucoup cuisiner et le fait de moins en moins. Son époux prend le relais, car elle prend plus de temps pour cuisiner.</p>
	<p>Deux évaluations ICU ont été faites. Une par le référent CMS en présence de l'époux et une autre avec le référent social du CAT avec Madame, en absence de l'époux. L'évaluation ICU du CMS a mis en évidence un risque de chute, une difficulté d'endormissement et que les difficultés dans les AIVQ ont un impact sur son état cognitif. Celle du CAT a mis en évidence une tristesse quotidienne et a rapporté que Madame a pu dire qu'elle se sentait triste pour plusieurs raisons. Notamment, l'incompréhension de son époux par rapport à sa difficulté à le suivre dans ces activités. Ainsi que le fait de ne peut plus cuisiner comme elle le faisait auparavant</p>
	<p>Lors d'une coordination entre le référent du CMS et la référente du CAT, les résultats de l'évaluation ont été discutés. Il a pu être mis en exergue, des vertiges qui ont été investigués par le CMS, des symptômes de dépression dans un contexte d'incompréhension de la situation de l'époux. Ainsi, l'équipe du CAT a privilégié les moments en petits groupes pour favoriser l'expression des émotions de Madame et des activités en lien avec la cuisine lui sont systématiquement proposées. De son côté, le référent du CMS a proposé à l'époux un soutien dans son rôle de proche aidant. Cette proposition n'a pas abouti, car il n'en a pas éprouvé le besoin. Par la suite, l'époux a informé le CAT que son épouse faisait plus de chutes. La référente du CAT a transmis cette information au référent CMS. Celui-ci a proposé l'intervention d'un ergothérapeute pour évaluer la situation et introduire un moyen auxiliaire afin que Madame puisse se déplacer en sécurité. L'absence de feedback de l'équipe du CMS au CAT fait qu'elle ne sait pas ce qui a été réalisé afin de limiter le risque de chute. Finalement, l'époux a rapporté à l'équipe du CAT que l'état de santé de son épouse s'est péjoré. Ainsi, il a décidé de suspendre l'accompagnement de son épouse par le CAT. Information que la référente du CAT a communiquée au référent du CMS.</p>

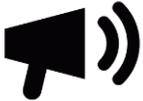


En substance, les indices de fragilité de la situation sont perceptibles. Ils ont été objectivés par l'évaluation standardisée et contextualisée lors de la coordination. Le regard croisé des différents partenaires a permis de construire une vision commune, de définir un plan de soins partagé et coordonné, en tenant compte des ressources et des capacités fonctionnelles et cognitives de l'usager.

### Usager des CAT sans soins à domicile

	<p>La vie de Monsieur W. était rythmée, structurée par des sorties avec son épouse, et sa participation au CAT une fois par semaine. La situation sanitaire de la première vague de la crise COVID 19 a déstabilisé l'organisation mise en place par son épouse, notamment en raison des limitations de sorties qui ont fait interrompre sa participation au CAT (fermeture).</p>
	<p>Mr W est âgé de 79 ans, il vit avec son épouse dans un appartement. Il marche seul sans moyen auxiliaire. Au niveau des AIVQ, il a une dépendance totale substituée par son épouse. Il a un déclin important au niveau cognitif. Il a une difficulté de communication sévère (7/8) c'est-à-dire qu'il s'exprime avec quelques mots compréhensifs, son épouse a appris à le comprendre, elle lui montre les choses pour valider son besoin. Pour les AVQ, il peut s'habiller, se déshabiller, mais n'en a pas l'initiative. Il a besoin de l'impulsion de son épouse.</p>
	<p>L'utilisation de l'ICU par la référente du CAT a pu mettre en lumière un épuisement de l'épouse et une péjoration des troubles cognitifs de Monsieur probablement en lien avec les changements de rythme dans la vie de Monsieur et la diminution des stimulations sociocognitives.</p>
 	<p>Comme il n'y avait pas de soins à domicile, les colloques de coordination en lien avec les résultats de l'évaluation ont eu lieu avec Madame. Cela lui a permis de s'exprimer sur la situation, et son ressenti. À la suite de cela la proposition a été faite à Madame d'avoir l'intervention du CMS pour une évaluation globale.</p> <p>Les autres colloques de coordination ont été organisés, dans un premier temps entre les professionnels du CAT pour les informer de la nouvelle prise en charge. Puis entre la référente du CMS et la référente du CAT afin de clarifier les objectifs de l'offre en soins et accompagnement. Enfin, plusieurs colloques de coordination ont été organisés entre la référente du CMS et du CAT avec l'épouse pour l'informer, l'accompagner dans le processus de changement de structure d'accueil temporaire, et l'introduction des soins et aides à domicile.</p> <p>L'intervention du CMS a permis de mettre en place une assistante sociale pour le suivi administratif, un passage pour la douche une fois par semaine et l'arrêt du CAT (en raison du déclin cognitif, il ne correspondait plus aux besoins de monsieur).</p>
	<p>En substance, dans cette situation où le CAT semble être l'unique acteur du système de santé (en dehors du médecin traitant) avec lequel l'usager et l'aidant ont un contact, l'utilisation de l'ICU a permis d'objectiver la péjoration des troubles de Monsieur, l'augmentation de la charge pour son épouse et de mettre en place des structures d'aide au maintien à domicile adapté à cette nouvelle réalité.</p>

## Usager des CS sans soins à domicile

	Admission de la préparation à la sortie (retour à domicile)
	Mme V. est âgée de 83 ans. Elle est allemande, mais parle parfaitement le français. Elle était venue en Suisse pour une année pour apprendre le français, elle est restée et s'est mariée. Elle est divorcée, et vit seule dans un appartement avec ascenseur. Elle a deux filles avec qui elle entretient de bons rapports qui ne vivent pas près de chez elle. Elle est indépendante au niveau des AVQ. Elle ne prend aucun médicament. Madame se déplace sans moyen auxiliaire à l'intérieur et avec une canne à l'extérieur. Elle a une perte de l'acuité visuelle à l'œil droit et porte des lunettes. Madame est continent. Elle a des bas de contention qu'elle met seule.
	L'évaluation iCU a aussi montré un risque de chute probablement lié à des vertiges et à une peur de tomber. Le temps d'évaluation a permis à Madame de s'exprimer sur son sentiment de solitude à domicile.
 	L'infirmière du CS a discuté les résultats de l'iCU avec Madame. Sur cette base, elles ont coconstruit une proposition d'offre en soins et aide à domicile.  Ainsi, une proposition de prestations a été faite au CMS, à savoir, une demande d'évaluation globale dans le milieu de vie (réévaluer le risque de chute, le besoin d'aide pour les bas de contention), installer un « Sécutel » pour l'aidé à la gestion de la peur de rester seule si elle tombe, de participer à un CAT pour favoriser les liens sociaux et limiter son sentiment de solitude.
	En substance, l'évaluation en CS des usagers sans soins à domicile pour préparer la sortie a permis d'une part d'objectiver les besoins de soins et d'aide pour favoriser le maintien à domicile et, d'autre part de coordonner la mise en place des prestations en vue d'un retour à domicile sécuritaire.

## Usager des LP

	<p>Madame vit seule dans un appartement protégé et est suivie par les soins à domicile des LP pour des troubles anxieux, un état dépressif et a été diagnostiquée borderline. Elle a fait une tentative de suicide avec des séquelles physiques notamment une démarche instable.</p>
	<p>Madame est âgée de 41 ans. Elle est indépendante au niveau des AVQ. Au besoin elle peut être accompagnée par son éducateur pour la tenue de son appartement, l'aide à la gestion du budget, les démarches administratives, la mise en place de projet de son déménagement ainsi que sa participation, deux à trois jours par semaine, à l'Unité d'Accueil Temporaire Psychiatrique (UATP).</p>
	<p>L'évaluation avec l'ICU a permis de mettre en exergue des douleurs physiques qui étaient minimisées par rapport à ses douleurs psychiques.</p>
	<p>Les résultats de l'évaluation ont été transmis au médecin lors d'une coordination. Celui-ci a réévalué le traitement et intégré une antalgie adaptée. De plus, un travail relationnel, notamment par des séances de pleine conscience, lui ont permis de diminuer ses angoisses et de distinguer ses douleurs physiques de ses douleurs psychologiques.</p> <p>Enfin, le référent OSAD-LP a mis en place, en étroite collaboration avec la pharmacie, une stratégie de gestion du traitement pour Madame. Cela a consisté à ce qu'il informe Madame chaque début de semaine sur le nombre de fois qu'elle devra aller chercher son traitement à la pharmacie. Ainsi, selon l'état de Madame, elle ira chercher son traitement une à plusieurs fois par semaine. Ceci pour limiter un stockage de médicaments à son domicile et prévenir un risque de surconsommation en période de crise d'angoisse.</p> <p>La situation de Madame reste fragile et le référent OSAD-LP l'accompagne pour qu'elle crée des liens sociaux. Sa participation aux UATP l'aide beaucoup. Et elle apprend à structurer sa semaine par différentes activités pour éviter qu'elle se sente seule.</p>
	<p>En substance, la possibilité d'intégrer un outil standardisé dans la pratique clinique a aidé l'équipe soignante et Madame pour distinguer ce qui relève de la douleur physique de ce qui relève d'une douleur psychique (souffrance, détresse). Cette vision globale de la situation de douleur a permis d'adapter le plan de soins et tenant compte des ressources et limites de Madame.</p>

En résumé, les résultats iSE montrent que deux tiers d'entre eux ont un score qui potentiellement les orienterait vers une évaluation clinique globale. Impression qui tend à se confirmer dans les résultats des ICU où il apparaît que les personnes qui font appel à l'une ou l'autre des structures SAMS ont une variété de profils de fonctionnement. Certains usagers ont une autonomie importante ou disposent de ressources cognitives. D'autres se présentent, malgré une indépendance relative, avec des signes d'un déclin précoce au niveau fonctionnel. Un dernier groupe d'usagers manifestent des déclin sévères. De ce fait, les équipes d'accompagnement et les partenaires ont un rôle important de prévention et de facilitateur de bien-être.

### 4.3. Coordination et iRAI

Ce chapitre fait une succincte description des caractéristiques sociodémographiques des professionnels exerçants dans les SAMS (SAMS) et des partenaires (PART) du réseau de santé qui ont été impliqués dans le projet. Pour les SAMS, il rapporte également les résultats de trois questions qui ont exploré la perception de la démarche iRAI en regard des besoins professionnels et de l'approche institutionnelle. Il se conclut par les résultats sur la valeur d'usage<sup>12</sup> des iRAI dans l'activité de coordination (intérêt des évaluations iRAI pour les usagers et apport des iRAI dans le travail de coordination). Ensuite, un regard sur ce que les résultats de l'ICU ont permis en termes de coordination sont décrit.

#### 4.3.1. Participants

##### Collaborateurs SAMS

Parmi les 20 professionnels exerçants dans l'une ou l'autre des neuf structures SAMS, trois avaient une fonction de responsables à temps plein et trois à temps partiel. De ce fait, 17 collaborateurs SAMS réalisaient les évaluations cliniques et le suivi des usagers. Parmi ceux-ci, 13 (77%) ont complété le questionnaire (tableau 4). L'âge médian (min-max) était de 55 ans (39-62) et le nombre d'années d'expérience professionnelle médian (min-max) était de 29 années (7-39).

Tableau 4. Caractéristiques participantes SAMS

Caractéristiques	CAT (n=2)	CS (n=3)	LP (n=8)
Age moyen, année	52	60	53
Profession & fonction			
<i>Infirmier en santé mentale</i>			5
<i>Infirmier</i>	1	1	
<i>Assistant socio-éducatif</i>	1		1
<i>Infirmier cadre</i>		2	2
Année d'expérience, médiane (min-max)	23 (15-30)	26 (25-39)	27 (7-39)

##### Partenaires du réseau de santé

Neuf référents de situation exerçants dans une institution du réseau de santé partenaire et cinq responsables ont été impliqués dans les pilotes. Le taux de réponse des référents a été de 77% (n=7, tableau 5). L'âge médian (min-max) des répondants était de 49 ans (33-65) et le nombre médian (min-max) d'années d'expérience professionnelle de 18 années (5-45).

Tableau 5. Caractéristiques participantes PART

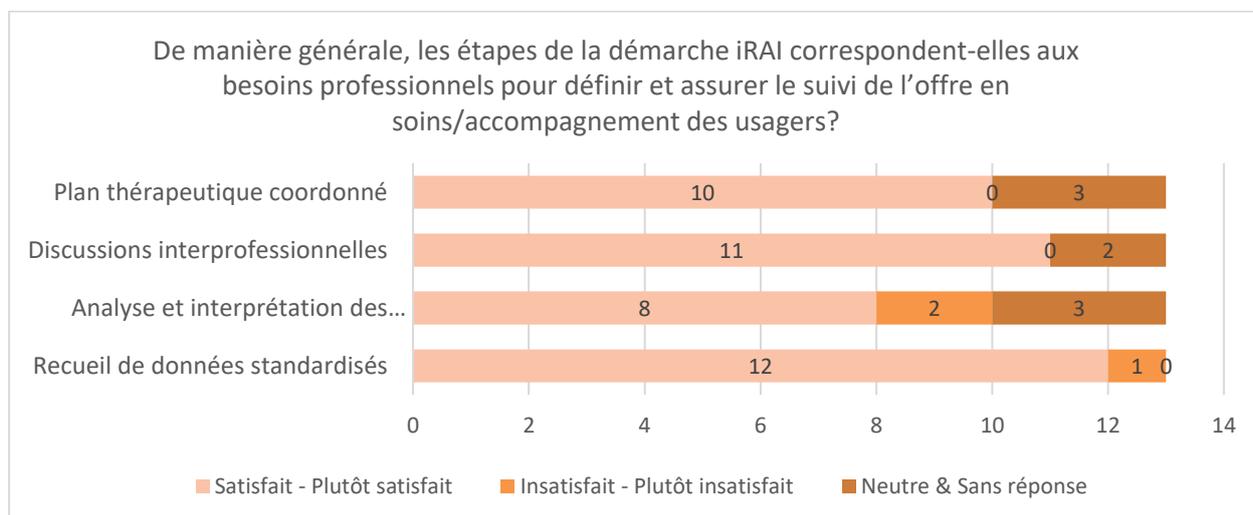
Caractéristiques	CAT (n=2)	CS (n=2)	LP (n=3)
Age moyen, année	34	51	58
Profession & fonction			
<i>Infirmier en santé mentale</i>			3
<i>Infirmier</i>	2	2	
Année d'expérience, médiane (min-max)	8 (5-10)	18 (16-19)	38 (30-45)*

\* une donnée manquante

<sup>12</sup> L'expression valeur ajoutée s'entend au sens d'une valeur d'usager dans la mesure où les iRAI ont apporté quelque chose à la coordination par rapport à la pratique de coordination habituelle.

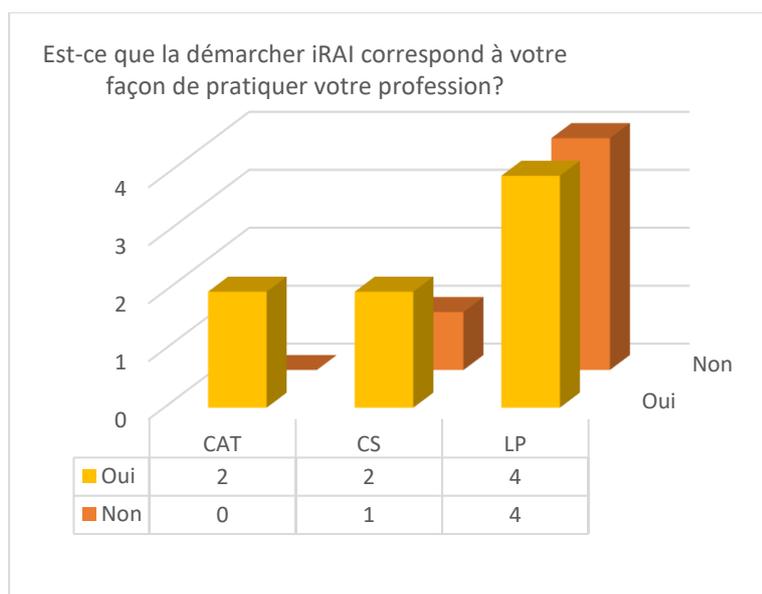
### 4.3.2. SAMS : Pratiques professionnelles, institutionnelles et démarche iRAI

Pour les SAMS, la cohérence entre les démarches iRAI et les besoins professionnels pour établir et assurer le suivi de l'offre en accompagnement des usagers est satisfaisante à plutôt satisfaisante pour 38% (n=5) des collaborateurs, insatisfaisante à plutôt insatisfaisante pour 21% (n=3) des répondants et sans avis (6 neutres + 2 sans réponse) pour 61% (n=8) des collaborateurs SAMS (graphique 5).



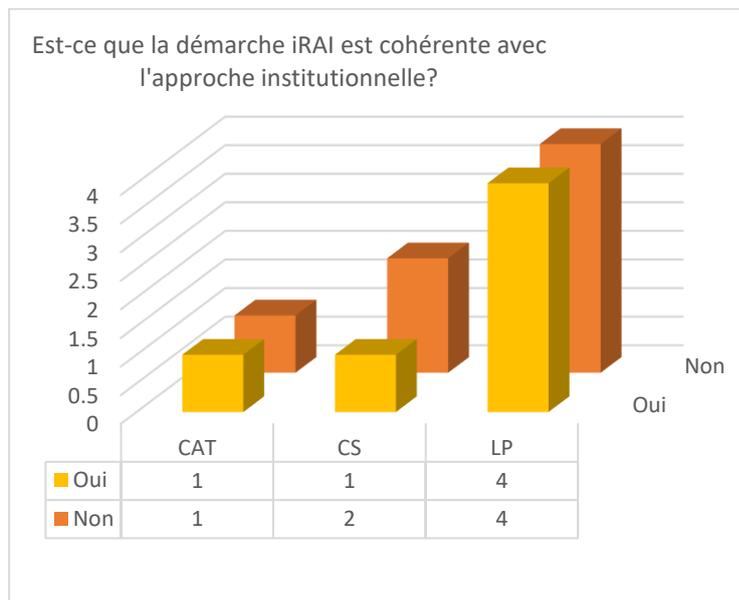
Graphique 5. Cohérence entre la démarche iRAI et les besoins professionnels des SAMS

Parmi les SAMS, 38% (n=5) ne perçoivent pas la démarche iRAI comme cohérente avec la façon de pratiquer sa profession (graphique 6). Comparativement aux résultats du graphique 4, ce résultat semble renforcer le nombre de « insatisfait ou plutôt insatisfait » et probablement réduire les « sans avis ».



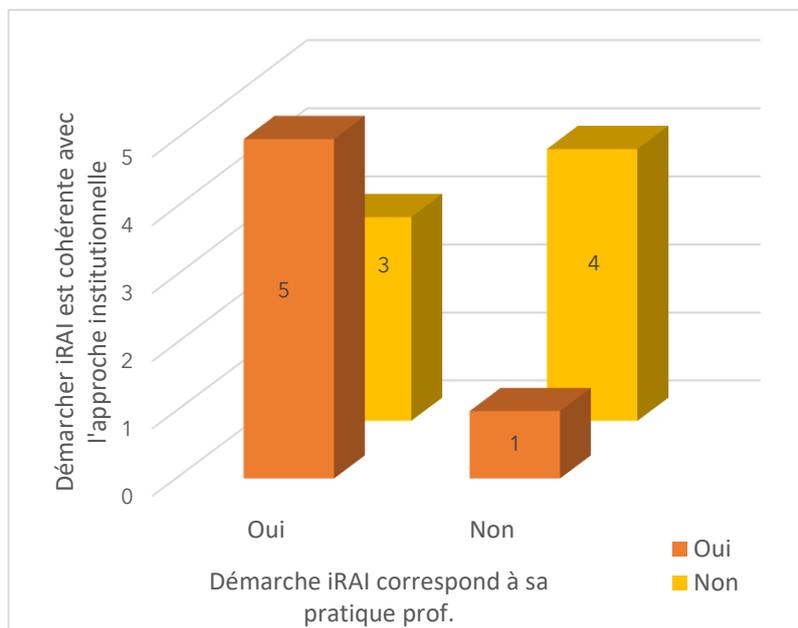
Graphique 6. Cohérence entre la démarche iRAI et pratique professionnelle

Par ailleurs, 54% (n=7) ne perçoivent pas la démarche iRAI comme cohérente avec l'approche institutionnelle (graphique 7).



Graphique 7. Cohérence entre la démarche iRAI et l'approche institutionnelle

Lorsque l'approche professionnelle et celle institutionnelle sont mises en perspective (graphique 8), il apparaît que presque un quart des SAMS (n=5) perçoit la démarche iRAI comme cohérente



avec la façon de pratiquer sa profession et l'approche institutionnelle alors qu'un tiers (n=4) ne perçoit pas la démarche iRAI comme cohérente avec la façon de pratiquer sa profession et l'approche institutionnelle.

Graphique 8. Démarcher iRAI, pratique professionnelle et approche institutionnelle

### 4.3.3. Intérêts des évaluations iRAI pour les usagers

La perception de la valeur d'usage<sup>13</sup> des iRAI par les SAMS tend à désigner l'iCU comme le plus adéquat pour la plupart des usagers et un usager sur deux (huit « oui ») comparativement à celle de l'iSE (un « oui »). La valeur d'utilité de l'iCU a été perçue, par ordre d'importance, en termes de dépistage des principaux besoins en soins (12 oui/plutôt oui), de vue d'ensemble de la situation de l'utilisateur (11 oui/plutôt oui), d'aide à l'élaboration d'un plan d'accompagnement (11 oui/plutôt oui) et de bilan de l'état de fonctionnel (10 oui/plutôt oui).

La coordination avec l'iSE (à l'interne, avec un collègue ou à l'externe avec un PART) a été très peu expérimentée. Pour les SAMS, l'iSE n'apporte pas de valeur ajoutée dans l'activité de coordination pour la plupart des usagers alors que les PART ont perçu un apport pour la plupart des usagers. D'autre part, les avis pour la coordination avec l'iCU semblent converger entre les SAMS et PART. La tendance indique un bénéfice pour la coordination pour la plupart des usagers (figure 6) avec moins d'un tiers d'avis contraires (iCU n'apporte pas valeur ajoutée pour la plupart des usagers).

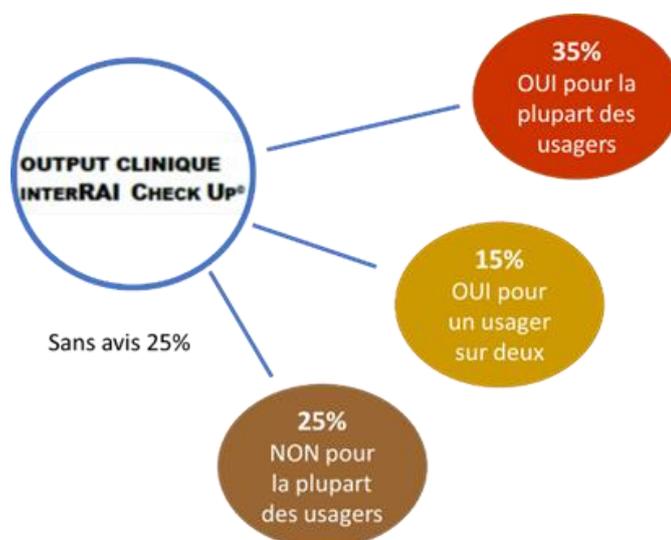


Figure 6. Perception de la valeur ajoutée de l'iCU dans la coordination

Finalement, à la question « Entre l'iSE et l'iCU, lequel a une valeur ajoutée pour la coordination et la continuité des soins ? », l'iCU obtient plus de voix tant par les collaborateurs SAMS que PART (SAMS = 10, PART = 5). L'iSE est un deuxième choix des PART (n=2) uniquement. Pour une minorité de collaborateurs SAMS (n=3) aucune valeur ajoutée a été perçue quel que soit l'outil iRAI.

<sup>13</sup> L'expression valeur ajoutée s'entend au sens d'une valeur d'usage dans la mesure où les iRAI ont apporté quelque chose à la coordination par rapport à la pratique de coordination habituelle.

#### 4.3.4. Intérêts des iRAI dans la coordination

Pour les SAMS et les PART, il ressort que le langage partagé est le principal facteur perçu comme influençant positivement la coordination (figure 7). Cette tendance est nuancée par l'absence d'effets perçus par quatre participants (21% des répondants)<sup>14</sup>.

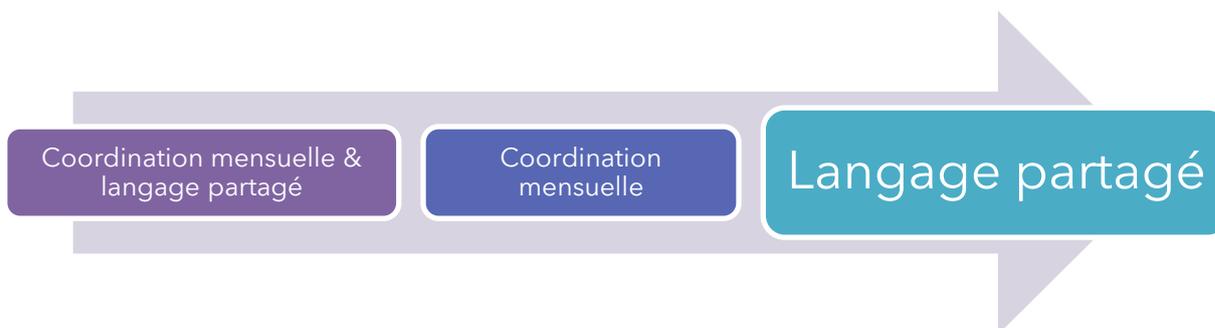


Figure 7. Facteurs favorisant la coordination

Plus spécifiquement, les énoncés iRAI ont été perçus, dans une large mesure, comme des éléments qui créent un environnement relationnel propice et comme un langage aisé à s'approprier. Dans une tendance moins forte comme utilisable au quotidien dans son champ professionnel et sans vulgarisation auprès des usagers/proches ainsi que, dans une moindre mesure, comme un facteur qui favorisent l'intercompréhension des problèmes cliniques (figure 8, annexe 21 résultats détaillés).

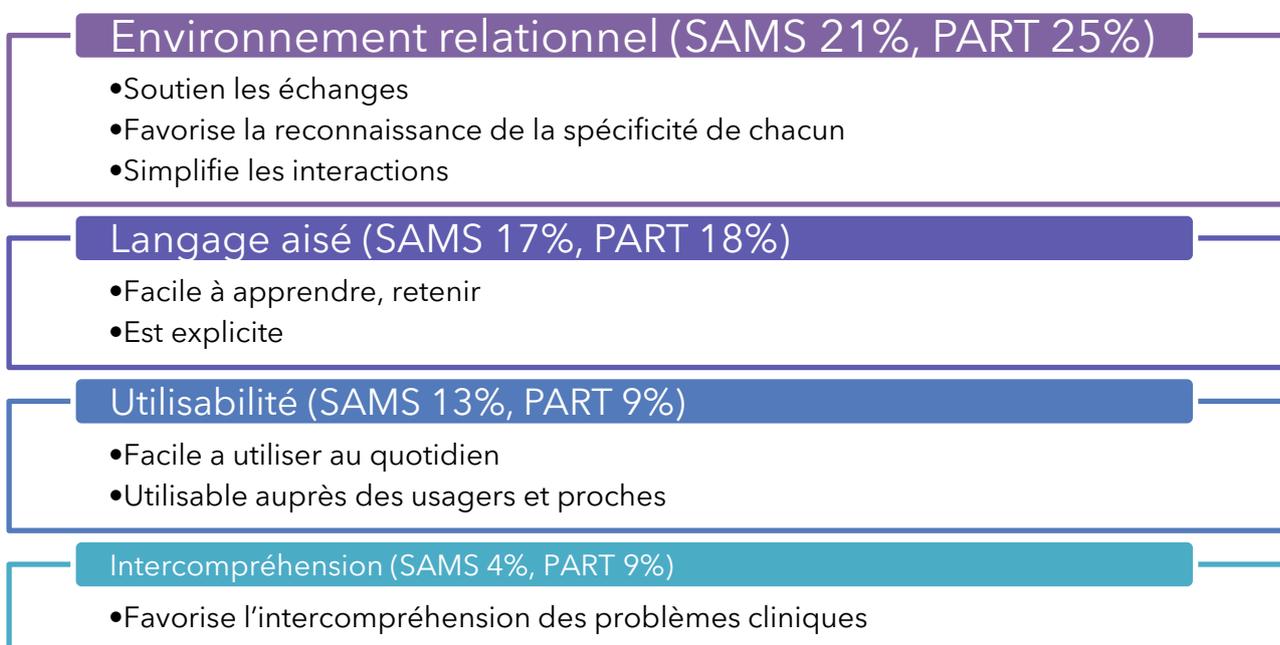


Figure 8. Effets perçus de l'utilisation des énoncés iRAI

<sup>14</sup> La question à choix multiples dans le questionnaire des SAMS n'avait pas l'option « langage partagé et coordination mensuelle » ce qui affaiblit la fiabilité des résultats obtenus à cette question.

#### 4.3.5. Effets perçus des résultats iCU dans la coordination

Globalement, l'utilisation des résultats iCU lors de coordination a été perçue comme aidante par les SAMS et les PART (figure 9). En particulier, il apparaît que les résultats iCU ont permis de renforcer, par ordre d'importance, la collaboration interprofessionnelle, le partenariat avec l'utilisateur/proches et la continuité des soins. A noter que les SAMS ont indiqué un effet majoritairement positif des résultats iCU en termes de suivi standardisé (annexe 22 et 23 résultats détaillés).

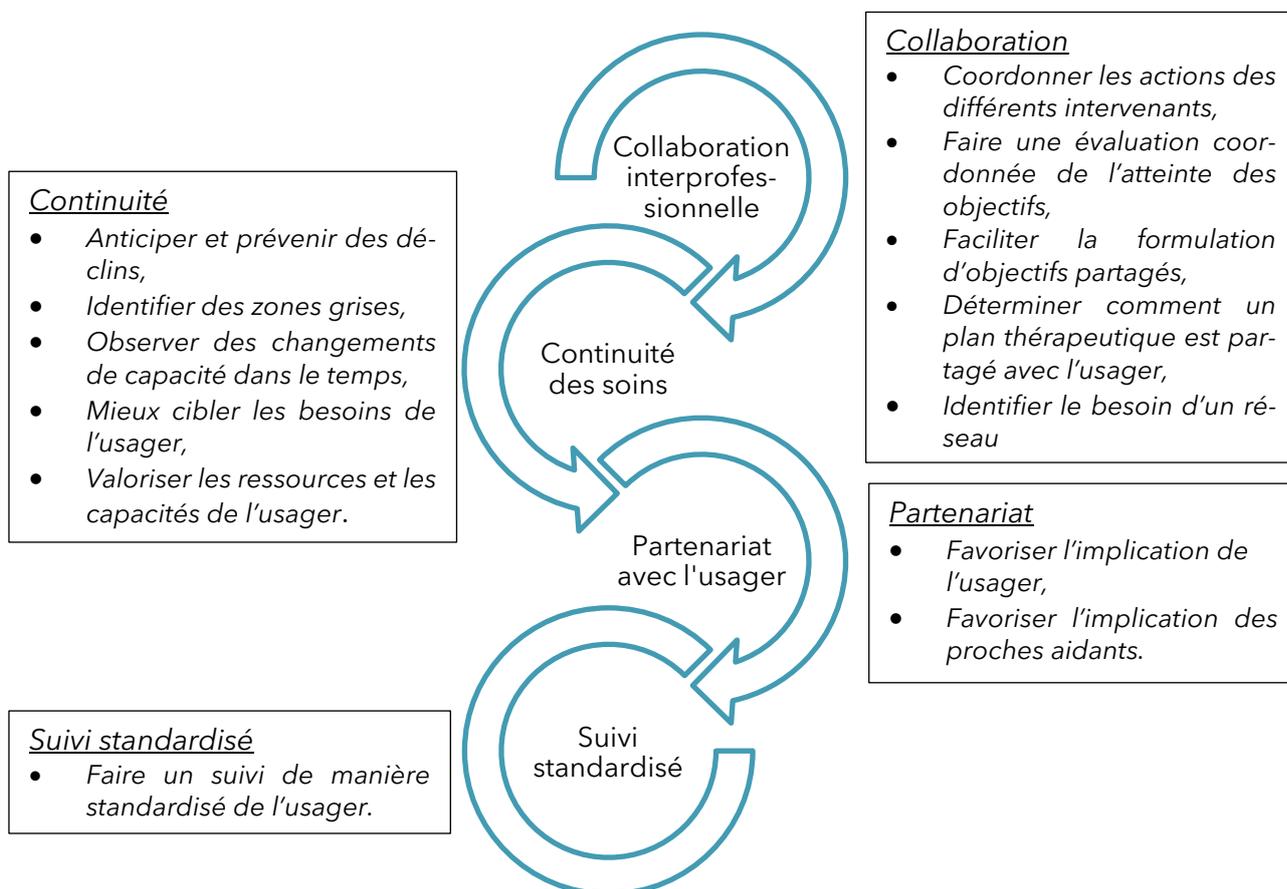


Figure 9. Effets perçus des résultats iCU sur la coordination

En résumé, le personnel des SAMS et des PART impliqués dans les pilotes SAMS a de l'expérience professionnelle laissant supposer une expertise dans les soins d'accompagnement et les ressources du système régional de santé.

Globalement, pour les SAMS, en rapport aux besoins professionnels pour établir et assurer le suivi d'une offre en accompagnement, les étapes de la démarche iRAI sont perçues comme cohérente. L'étape « analyse et interprétation des résultats » est celle qui reçoit le moins d'avis de satisfaction. Par ailleurs, un champ de tension semble exister entre la démarche iRAI, la démarche professionnelle et l'approche institutionnelle.

De façon générale, il ressort que quasiment tous les SAMS reconnaissent une valeur d'usage de l'iCU pour dépister les principaux besoins des usagers, avoir une vue d'ensemble de la situation de l'utilisateur et aide à définir un plan d'accompagnement. Par ailleurs, plus de la moitié des SAMS

pensent que l'iCU est utile lors d'une coordination pour la plupart des usagers. Avis qui est partagé par les PART qui en ont fait l'expérience durant une coordination avec iCU.

L'iSE n'est peu voir pas perçu comme ayant une utilité dans la coordination des soins d'accompagnement pour la plupart des usagers du point de vue des SAMS. Un tiers des PART l'ont perçu comme utile pour la plupart des usagers. Cet avis est probablement influencé par le processus de travail de l'AVASAD où l'iSE est réalisé systématiquement pour décider si un iCU ou un RAI-HC est à réaliser comme évaluation globale.

En dernier lieu, ce qui dans l'utilisation des iRAI ressort comme facilitateur de la coordination est le langage aisé à s'approprier, le fait qu'il soit partagé ainsi que les effets de celui-ci sur l'environnement relationnel de la coordination. Son rôle comme facilitateur d'une intercompréhension clinique est, à ce stade d'apprentissage, moins perçu.

# 5 Perspectives

## 5. Perspectives

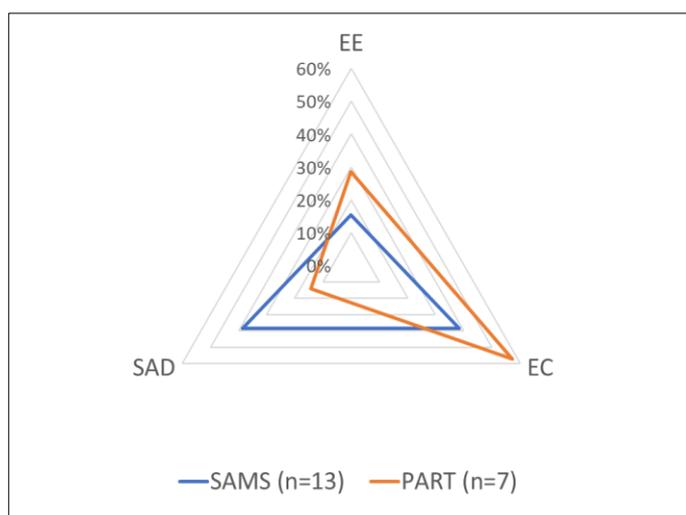
La première partie de ce chapitre rend compte du comment les pratiques cliniques d'une évaluation avec un iRAI et du colloque de coordination seraient souhaitées par les SAMS et les PART. La deuxième partie résume les besoins si un changement de pratique était envisagé (implantation des interventions).

### 5.1. Pratiques de l'évaluation clinique et de colloque

L'exploration des souhaits en termes de pratique clinique d'évaluation a porté pour les SAMS sur la fréquence (1x/semaine, 2x/mois, 1x/3 mois, 1x/6 mois, 1x/9 mois ou 1x/année), le moment de réalisation (début du rapport de soins [début RS], changement observé, selon objectifs, fin du rapport de soins [Fin RS]) et le comment (EE : évaluer ensemble, EC : évaluation coordonnée et, SAD : soins à domicile évalués). Pour les PART, uniquement un avis sur le « comment » a été sollicité. Dans l'axe « pratique du colloque », la fréquence a été explorée auprès des SAMS et des PART. En fonction du type de structure SAMS, plusieurs réalités ont émergé (annexe 24, résultats détaillés).

#### 5.1.1. Pratique clinique d'évaluation

La mise en perspective des avis des SAMS et des PART du « comment organiser » une évaluation clinique entre partenaires (graphique 9) converge faiblement entre SAMS et PART (annexe 25, résultats détaillés). Du côté des SAMS, aucune tendance se dessine. Inversement, du côté PART, l'approche « évaluation coordonnée » est la plus souhaitée. Celle-ci sous-entend que chaque professionnel réalise une évaluation des besoins en soins séparément (l'utilisateur serait évalué deux fois), suivi d'une mise en commun des résultats entre professionnels (1<sup>e</sup> coordination) et ensuite, une restitution faite par les deux professionnels à l'utilisateur (2<sup>e</sup> coordination).



Graphique 9. Organisation d'une évaluation clinique iRAI.

EE = évaluer ensemble : co-évaluer l'utilisateur en présence. EC = évaluation coordonnée : 1) chacun évalue l'utilisateur, 2) discuter les résultats entre professionnels et, 3) ensemble avec l'utilisateur. SAD = Soins A Domicile évalués et transmis au SAMS.

### 5.1.2. Pratique du colloque

Globalement, en termes de pratique de colloque de coordination aucune tendance se dégage (figure 10 et annexe 26 pour les résultats détaillés). A la question du maintien d'un colloque de coordination en face à face mensuel, sur les 13 réponses (total SAMS et PART n=20), six ont répondu par l'affirmative et sept ont répondu négativement (sept n'ont pas donné d'avis). D'un autre côté, dans la mesure où un colloque de coordination est envisagé, les SAMS souhaitent une fréquence en regard des objectifs de suivi (54%) alors que les PART ont une préférence pour une fréquence ritualisée aux six mois (43%). A noter que lors des observations participantes des colloques (n=9), les personnes présentes ont systématiquement exprimé un souhait de maintenir des colloques de coordination sans préciser une fréquence.

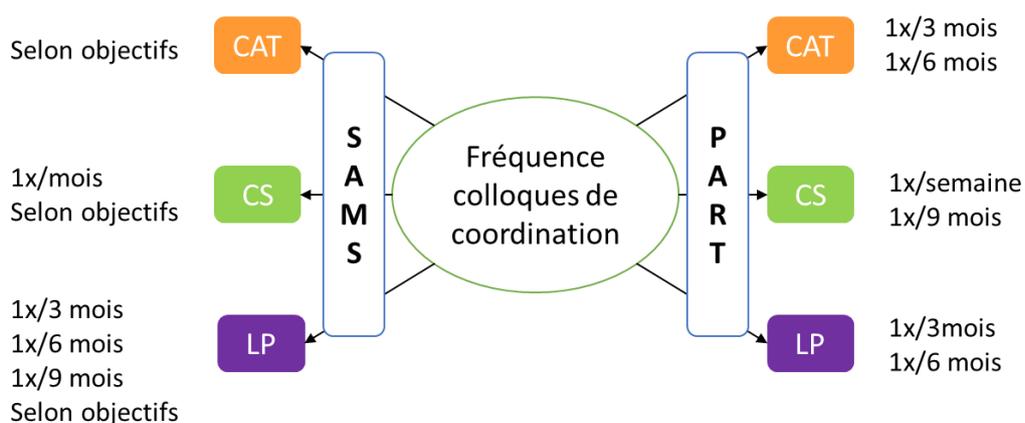


Figure 10. Fréquence des colloques coordination et suivi des usagers évalués.

### 5.2. Implantation : besoins et souhaits

Parmi les neuf structures SAMS impliquées dans le projet, trois ont déjà une pratique de « colloque de réseau » selon les besoins, quatre une pratique de « colloque interne » une fois par jour et, deux SAMS une pratique de « colloque hebdomadaire » (tableau 2, page 16).

Les responsables de SAMS et PART ont exprimé quelques possibilités ou orientations d'implantation de l'évaluation iRAI associées à un colloque de coordination. Elles sont résumées dans le tableau 6, page 49.

Tableau 6. Besoins et souhaits des responsables SAMS et PART

Questions	SAMS	PART
A ressources identiques <sup>15</sup> , comment développer, maintenir ou renforcer la pratique de colloque de coordination ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir le caractère obligatoire pour garantir un échange régulier et un accompagnement en collaboration (un CS et un LP).</li> <li>- Planifier, agender de manière régulière (CAT, LP, CS)</li> </ul>	<p>CAT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1x/mois ou tous les 2 mois.</li> </ul> <p>CS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colloque hebdomadaire avec l'équipe significative des SAMS et BRIO ; équipe mobile invitée selon les usagers qu'ils suivent.</li> <li>- Entretiens de réseau pour les bilans de prise en charge et préparation de la sortie.</li> </ul> <p>LP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rencontre trimestrielle ou plus rapprochée selon la situation des usagers.</li> </ul>
Implanter les interventions testées <sup>16</sup> : quel aménagement serait-il possible de faire, nécessaire de faire ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les différents intervenants dans les situations.</li> <li>- Regrouper les situations d'un même référent CMS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation des partenaires du réseau de santé aux outils iRAI (les utilisateurs, BRIO)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliser un iRAI adapté à la santé mentale</li> <li>- Réduction du nombre de questions dans l'iCU.</li> </ul>	

### 5.2.1 Informatisation

En termes d'informatisations, l'option la plus valorisée par les SAMS (n= 9/13) est l'intégration de l'iRAI dans le dossier informatique institutionnel avec un support mobile (annexe 27).

### 5.2.2. Adaptation des outils iRAI

Sous réserve des conditions du consortium interRAI, dans la perspective d'adapter le contenu de l'outil iCU aux attentes, besoins des professionnels exerçants dans l'une ou l'autre des structures SAMS, deux listes de résultats iRAI (échelles ou alertes) ont été proposées aux participants SAMS. La première a permis d'identifier les échelles et alertes à maintenir ou retirer de l'iCU. La deuxième a proposé une liste de dix résultats iRAI existants dans l'interRAI Community Mental Health et deux de l'interRAI Long Terms Care Facility (alertes de delirium et de risque de dénutrition). Ainsi, parmi les résultats iCU, les SAMS ont exprimé les avis suivants (annexe 28, résultats détaillés) :

- 100% d'approbation pour l'échelle cognitive de performance, d'humeur autodéclarée et du fonctionnement dans les AVQ et AIVQ.
- 90% d'approbation pour l'échelle de communication et de la douleur.
- 75% d'approbation pour l'indicateur de réhabilitation, l'échelle de sévérité des atteintes sensorielles, hiérarchiques des AVQ et des AIVQ.

<sup>15</sup> Sans augmentation de la dotation ou de financement des coûts.

<sup>16</sup> Evaluation iRAI et réalisation d'un colloque de coordination avec les résultats iRAI.

- 70% d'approbation pour l'alerte douleur et de chute.

Du côté des résultats iRAI proposés et non redondant avec les résultats iCU, les SAMS ont exprimé :

- Plus de 80% d'approbation pour l'alarme risque de dénutrition, l'échelle d'addiction et usage de substance, d'évaluation des symptômes positifs et l'indice d'autonomie.
- Entre 60-70% d'approbation pour l'alarme délirium, l'échelle d'évaluation du comportement agressif, de gravité de l'acte autodestructeur et l'anhédonie.
- Environ 50% d'approbation pour l'échelle de risque d'infliger du tort et de manie.

En résumé, il semble que la pratique clinique d'une évaluation coordonnée soit une préférence assez évidente pour les PART et plus neutre pour les SAMS. Des enjeux de facturation des prestations ont peut-être biaisé les avis étant donné qu'une évaluation clinique est financée par l'assurance maladie (qui facture ? Le SAMS ou le PART ?). Pour la pratique de coordination, de façon modérée, il ressort que les SAMS souhaiteraient une organisation selon les objectifs alors que les PART expriment plus une préférence pour une planification tous les six mois.

Concernant l'implantation de l'intervention testée (évaluation iRAI et colloque de coordination), les principaux besoins sont de type organisationnel pour les colloques de coordination dans la mesure où des colloques existent déjà dans les SAMS. Pour l'évaluation iRAI, le besoin de SAMS et des PART est d'être formé. En dernier lieu, il est nécessaire d'utiliser un outil de la Suite interRAI adapté aux besoins des situations de santé mentale et ayant moins d'items. Celui-ci devrait être intégré dans le dossier informatique institutionnelle de l'utilisateur et accessible sur un support mobile.

# 6

## Discussion

## 6. Discussion

Le projet coRAI SAMS avait pour objectifs de décrire les situations de coordination des usagers évalués avec les iRAI, d'examiner l'intérêt du langage iRAI dans la pratique de coordination entre professionnels du réseau de santé et, d'explorer les conditions d'un éventuel déploiement. Les constats reflètent les perceptions et expériences d'une vingtaine de professionnels exerçant dans l'une et/ou l'autre des structures SAMS du canton de Vaud. Les différents pilotes du projet se sont déroulés durant la pandémie COVID19 avec les limitations qu'elle a imposées et qui ont impacté les pratiques ordinaires des participants. Ainsi, les descriptions faites, tout en ayant un potentiel de mise en résonance pour d'autres SAMS, sont à utiliser avec prudence.

### 6.1 Décrire les situations de coordination des usagers évalués avec les iRAI

Il apparaît qu'un usager peut avoir besoin de plusieurs activités de coordination avec différents partenaires du réseau de santé et, que les situations de coordination ont traité principalement des préoccupations sociosanitaires. Parmi les usagers inclus, 20% à 30% ont présenté des indices de complexité parlant en faveur d'un besoin en coordination des soins. Cette possible réalité trouve un certain écho dans les résultats de l'iSE où deux tiers des usagers ont été identifiés comme ayant une vulnérabilité importante. Des résultats de l'iCU, il ressort qu'à côté d'usagers qui ont une autonomie importante et des ressources à soutenir, d'autres manifestent des signes de déclin fonctionnel et cognitif précoces ou sévères. Ces constats parlent en faveur d'une mise en place d'un outil interRAI aidant à repérer précocement les usagers vulnérables dans les SAMS selon des modalités de coordination à déterminer avec les acteurs du réseau de santé impliqués dans l'accompagnement de l'usager.

### 6.2 Examiner l'intérêt du langage iRAI dans la pratique de coordination

Les collaborateurs des SAMS et des PART ont plusieurs années d'expériences professionnelles suggérant une expertise dans les soins d'accompagnement et une connaissance des ressources du système régional de santé. Pour les SAMS, les étapes de la démarche iRAI ont satisfait les besoins professionnels pour établir une offre de prestations. L'étape « analyse et interprétation des résultats » apparaît comme la moins optimale durant le pilote ce qui peut signaler un possible besoin de soutien formatif dans le terrain, en situation réelle.

L'iSE est un outil de dépistage qui aurait pu matérialiser une coordination entre SAMS et PART. Ceci, dans la mesure où l'iSE a comme objectif de stratifier les situations en fonction d'une évaluation globale ou non. Dès lors, l'utilisation de l'iSE aurait pu permettre d'identifier les usagers des CAT ou des LP pouvant bénéficier d'un iCU fait par les PART. Cette option ne semble pas avoir été perçue ou retenue par les SAMS.

En ce qui concerne l'évaluation avec l'iCU, les SAMS comme les PART ont perçu une valeur d'usage de l'iCU dans une coordination pour la plupart des usagers. Les SAMS ont également

souligné l'utilité pour dépister les principaux besoins et en tant qu'aide pour établir un plan d'accompagnement. Les éléments des iRAI (essentiellement l'iCU) perçus comme favorisant la coordination ont été le langage partagé, le fait qu'il soit aisé à s'approprier et qu'il crée un environnement relationnel soutenant. Le langage iRAI a été moins perçu comme un facteur aidant à l'intercompréhension clinique en situation de coordination. En se référant au modèle de Gittel (2011<sup>17</sup>), la coordination implique une gestion des interdépendances des tâches/rôles et des personnes accomplissant ces tâches/rôles au travers de communication (fréquence, moment opportun, exactitude et orienté résolution de problème) et de relation (objectif partagé, connaissance partagée et respect mutuel). Le langage partagé iRAI semble y jouer un rôle de facilitateur des échanges sans pour autant renforcer l'intercompréhension clinique. Celle-ci semble influencée, notamment, par l'étape de la démarche iRAI d'« analyse et interprétation des résultats iRAI » qui a été perçue comme correspondant moins au besoin professionnel des SAMS. Les raisons probables envisagées sont une pratique ponctuelle du fait de la sélection des usagers à évaluer, une sous-estimation du besoin de formation en pratique direct (un coaching exigé, par la suite à la demande) et/ou une implantation limitée du processus d'intervention testé (adaptation du processus de travail institutionnel et/ou interinstitutionnel des pratiques d'évaluation et/ou de coordination). Hypothèse que les analyses des questions sur la correspondance entre la démarche iRAI, les pratiques professionnelles et l'approche institutionnelle semble avoir mis en évidence. Ces résultats signalent l'existence de champs de tension entre ces trois dimensions. Celles-ci peuvent se comprendre comme une manifestation de tensions entre la culture institutionnelle d'organisation du travail et la démarche iRAI ou entre la culture professionnelle et la démarche iRAI ou encore, que la démarche iRAI est un révélateur d'une tension entre la culture institutionnelle et la culture professionnelle. Ces constats suggèrent d'inclure dans la préparation d'un pilote ou d'une implantation d'une intervention, une analyse contextuelle des processus de travail institutionnel qui peuvent être impactés et sur cette base, de définir et réaliser les adaptations nécessaires en amont.

### 6.3. Explorer les conditions d'un déploiement

Globalement, aucune des trois modalités de collaboration (EE, EC, SAD<sup>18</sup>) proposées pour réaliser une évaluation iRAI converge entre les SAMS et PART. De même, les avis sur la pratique de coordination sont divergents. A noter que la variété des termes utilisés pour désigner un colloque de coordination (réseau, interne ou hebdomadaire [visite médicale ? colloque de soins ? remise de services ? colloque d'équipe ?]) indique une polysémie de la notion qui mériterait

---

<sup>17</sup> Gittel, J.H. (2011). New Direction for Relational Coordination Theory. In *The Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship*. Edited by Gretchen M. Spreitzer and Kim S. Cameron

<sup>18</sup> EE = évaluer ensemble : co-évaluer l'utilisateur en présence. EC = évaluation coordonnée : 1) chacun évalue l'utilisateur, 2) discuter les résultats entre professionnels et 3) ensembles avec usager. SAD = Soins A Domicile évalue et transmet au SAMS.

probablement d'être élucidée pour comprendre peut-être les différents avis. Indépendamment de cela, les SAMS souhaiteraient des colloques organisés en fonction des objectifs d'accompagnement alors que les PART ont une préférence pour une planification tous les six mois. Ces positions peuvent se comprendre en se référant à deux modèles, celui de soins centrés sur la personne<sup>19</sup> et celui des soins intégrés<sup>20</sup>. Selon comment ces modèles sont opérationnalisés, les implications cliniques et organisationnelles semblent être différentes. Par exemple, dans une perspective soins centrés sur la personne (situation de santé et suivi clinique), le moment de l'évaluation se définit indépendamment du moment de la coordination des soins. Ainsi, comme une majorité des SAMS l'a exprimé, une évaluation clinique est à envisager au moins en début et en fin du rapport de soins ainsi que lorsqu'un changement important est observé. Pour que cette pratique d'évaluation soit possible, en plus de réaliser une évaluation iCU, il est nécessaire de pouvoir réaliser des évaluations de suivi par domaine clinique. De plus, l'outil iRAI devrait être intégrée dans le système informatique institutionnel. Dans une perspective de soins intégrés (organisation du suivi clinique entre des partenaires de soins), un partage d'informations sur la situation de santé d'un usager pourrait demander d'instituer une ligne de conduite sur la pratique interinstitution de colloque de coordination où l'évaluation iRAI permettrait d'établir un projet de soins coordonnés basé sur un bilan clinique commun. Ce qui résonne avec les besoins mentionnés par les responsables des SAMS et PART si les interventions testées<sup>21</sup> étaient implantées. Ces besoins sont prioritairement opérationnels comme une planification de colloques réguliers, une participation obligatoire et, d'établir une stratégie pour définir les participants. En complément et sans s'y réduire, le développement de la Cybersanté est en cours. Il pourrait être utile de mener une réflexion pour estimer dans quelle mesure les services qui y seront proposées (Dossier Electronique du Patient [DEP], Transfert Sécurisé [TS], Plan de Médication Partagé [PMP] et Plan de Soins Partagé [PSP]) pourrait soutenir un partage d'informations sociosanitaires. De même, il y a probablement des stratégies à développer afin de renforcer l'utilisation du DMST comme support pour la synthèse des décisions d'une coordination et moyen de partage des décisions entre les professionnels à l'issue d'une réunion de coordination. Finalement, au regard de l'outil d'évaluation iRAI, le besoin de SAMS et des PART est d'être formé. En dernier lieu, un outil de la Suite interRAI pour les situations de santé mentale et un outil ayant moins d'items est souhaité. Celui-ci devrait être intégré dans le dossier informatique institutionnelle de l'utilisateur et accessible sur un support mobile.

---

<sup>19</sup> Approche qui adopte consciemment la perspective individuelle, celles des aidants/familles et des communautés en tant que participants à des systèmes de santé fiables (...) pour répondre aux besoins complets des personnes en respectant leurs préférences (OMS, 2015. Cadre pour des services de santé centré sur la personne).

<sup>20</sup> Des services gérés et fournis de façon à assurer à chacun la continuité des services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs, coordonnés aux différents niveaux et dans les différents sites de soins, dans le cadre ou à l'extérieur du secteur de la santé, conformément à ses besoins tout au long de la vie (OMS, 2015. Cadre pour des services de santé centré sur la personne).

<sup>21</sup> Intervention du pilote : évaluation interRAI et colloque de coordination.

# 7 Conclusion

## 7. Conclusion

Même si la taille du projet ne permet pas d'extrapoler les résultats à toute la population des usagers des structures SAMS, il n'est pas erroné d'affirmer que les usagers qui bénéficient des SAMS ont un profil sociosanitaire hétérogène. Certains présentent des indices de complexités soutenant un besoin de coordination entre acteurs du réseau de santé régional, d'autres bénéficient d'une évaluation iRAI à des fins de prévention du risque de perte d'autonomie. Ces enjeux de santé publique restent à approfondir.

La bonne participation des SAMS et des PART à la réalisation des interventions testées dans le projet SAMS dans les conditions particulières de l'année 2020 (pandémie) souligne l'intérêt et le besoin des participants de coordination entre acteurs du système sociosanitaire et du rôle facilitateur d'un langage commun standardisé iRAI. Même si l'implication des médecins traitants des usagers a été marginale.

La démarche iRAI, globalement, correspond aux pratiques professionnelles des collaborateurs des SAMS avec quelques réserves sur la cohérence avec les approches institutionnelles. Une valeur d'usage de l'évaluation avec l'iCU a été relevée par les SAMS avec un souhait d'un outil iRAI spécifique pour les aspects de santé de mentale.

Pour une implantation durable, les SAMS comme les PART relèvent la nécessité de définir une ligne de conduite pour la pratique de la coordination interinstitutionnelle et, probablement pour une pratique clinique d'évaluation. Il serait également indispensable d'identifier des stratégies pour coopter les médecins traitants compte tenu de leur rôle actif dans la coordination des soins. Relevons aussi que le DMST peut être un moyen informatisé déjà existant de partager des résultats d'une évaluation clinique et des décisions thérapeutiques (objectifs et plan thérapeutique) en complément ou à l'issue d'un colloque de coordination en face à face. Dans le même ordre d'idée, le déploiement en cours de la Cybersanté peut offrir des perspectives de partage des informations sociosanitaires entre professionnels de la santé dans la mesure où les prestataires de soins ambulatoires sont aussi astreints par la loi à utiliser les modules de Cybersanté, notamment le dossier électronique du patient quand l'utilisateur en a un.

Les constats de l'évaluation du projet clinique SAMS font l'objet de recommandations résumées ci-après. Ces recommandations intègrent les aspects à maintenir ou renforcer dans le cadre d'implantation et les points à améliorer avant d'envisager un déploiement d'une évaluation iRAI.

# 8

## Recommandations

## 8. Recommandations

Les constats issus de l'examen des situations de coordination d'usagers évalués avec un iRAI, de l'examen de l'intérêt du langage iRAI dans la pratique de coordination et des conditions d'un éventuel déploiement permettent d'élaborer les recommandations figurant dans le tableau 7 ci-après.

Tableau 7. Recommandations

Aspects examinés	Recommandations
<p><b>Evaluation iRAI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compléter l'information avant de prendre une décision</li> <li>- Adapter les outils iRAI</li> <li>- Former</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etudier la population d'usagers des CAT et des LP sans CMS qui pourrait bénéficier d'un dépistage précoce au moyen d'une évaluation iRAI et ainsi soutenir le maintien à domicile.</li> <li>- Tester un outil iRAI pour la Santé Mentale ambulatoire</li> <li>- Former à la réalisation de l'évaluation iRAI les infirmiers en mettant un accent sur les étapes d'analyse et interprétation des résultats et, en incluant du coaching dans le terrain.</li> <li>- Former à la compréhension des résultats iRAI tous les acteurs sociosanitaires impliqués dans l'accompagnement des usagers des SAMS.</li> <li>- Former les médecins de famille/traitant des usagers à la lecture des résultats iRAI</li> </ul>
<p><b>Pratique de coordination</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compléter l'information avant de prendre une décision</li> <li>- Définir une ligne de conduite</li> <li>- Partager l'information</li> <li>- Utiliser les résultats iRAI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recenser et classer les types de colloques de coordination des SAMS avec les partenaires</li> <li>- Estimer les bénéfices en termes de qualité et sécurité de trajectoire de soins.</li> <li>- Etablir une ligne de conduite pour la pratique de coordination interinstitutionnelle (critère d'organisation, caractère obligatoire, stratégie pour définir les participants, partage de documents, etc.)</li> <li>- Intégrer les structures SAMS dans la mise en œuvre de la Cybersanté</li> <li>- Envisager le DMST comme un support pour la synthèse des décisions d'une coordination et moyen de partage des décisions à l'issue d'une rencontre.</li> <li>- Former à l'utilisation des résultats iRAI dans le colloque de coordination (leadership clinique) les infirmiers et médecins.</li> </ul>



# 9

## Références

## 9. Références bibliographiques

McDonald KM, et al. (2007). Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Technical Review 9. AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7. Rockville

Meyers et al. (2010). The Roles of Patient-Centered Medical Homes and Accountable Care Organizations in Coordinating Patient Care. AHRQ Publication No. 11-M005-EF. Rockville.

Giger M-A, Sander, M. & Staffelbach, D. (Mars 2018) Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés. Rapport dans le cadre du projet « Soins coordonnés » de l'Office fédéral de la santé publique.

HAS (2014). Note méthodologique et de synthèse documentaire « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? »

Alberto, B. (2011). L'étude de cas : une modalité d'enquête difficile à cerner. Maison des Sciences de l'Homme, pp15-25.

Output Clinique interRAI Check Up (2019). Manuel élaboré dans le cadre du programme coRAI de l'Etat de Vaud avec la contribution de NIH Wellens, M Mayer de la Direction Générale de la Santé Vaud et A Dulimbert, M Karlen, N Bacq de l'AVASAD

Costa PA et al. (2019). interRAI Assessment Urgency Algorithm® (AUA) - interRAI Screener version 9.3.0. Guide d'évaluation et manuel d'utilisation pour l'évaluation de dépistage. Version adaptée pour utilisation uniquement dans le cadre du programme coRAI de l'Etat de Vaud, Suisse avec la contribution de NIH Wellens, M Mayer de la Direction Générale de la Santé Vaud et A Dulimbert, M Karlen, N Bacq de l'AVASAD

Morris JM et al. (2019). interRAI Check Up® version 10.1. Instrument d'évaluation et manuel. Version adaptée pour utilisation uniquement dans le cadre du programme coRAI de l'Etat de Vaud, Suisse avec la contribution de NIH Wellens, M Mayer de la Direction Générale de la Santé Vaud et A Dulimbert, M Karlen, N Bacq de l'AVASAD

# 10 Annexes

## 10. Annexes