

Commission technique intercantonale PLAISIR

Définition, méthode de saisie et protocoles d'évaluation d'indicateurs de qualité dans le cadre de la méthode PLAISIR®

1. Cadrage – Rôle de la Commission technique intercantonale PLAISIR®

La Commission technique intercantonale PLAISIR® (ci-après CT) est un organe créé en 1998 par les cantons romands utilisateurs de la méthode PLAISIR® - Genève, Jura, Neuchâtel et Vaud -, dans une convention intercantonale, afin de veiller à la qualité et la comparabilité des données saisies au moyen de PLAISIR® au niveau intra- et intercantonal. A cette fin, la CT règle les modalités d'application de la méthode en Suisse romande, qui ne sont pas réglées par la méthodologie elle-même. Elle le fait, en coordination avec le fournisseur de l'outil, l'Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS), à Montréal, notamment, par une surveillance régulière de l'utilisation de la méthode dans les établissements des cantons participants et par la publication de décisions, lesquelles sont publiées sur son site Internet : www.isesuisse.ch/ct-plaisir

Dès lors, la CT n'a pas pour fonction ni de définir, ni de gérer une démarche qualité au niveau des établissements eux-mêmes. Cette fonction est du ressort des associations d'EMS, voire des cantons. Par contre, elle contribue, par la surveillance qu'elle exerce sur la démarche PLAISIR® à fournir des données fiables et comparables, afin d'alimenter les processus de production et d'évaluation de la qualité.

2. Contributions de PLAISIR® à la démarche qualité

Le choix de la méthode PLAISIR® par les cantons romands de Genève, Jura, Neuchâtel et Vaud, a eu pour but de doter leurs établissements d'un outil de la charge en soins contribuant non seulement à assurer leurs ressources financières et en personnel, mais aussi à maintenir voire améliorer la qualité des soins recherchée pour les personnes devant y résider. Ce critère a été important lors de la sélection de l'outil effectuée dans les années 1992 à 1996ⁱ.

Cette contribution à la démarche qualité s'exerce à plusieurs niveaux car la méthode PLAISIR® :

1. Évalue les soins **requis** par le résidant (Bedarf an Leistungen) en fonction de son état bio-psycho-social.
2. Comporte un processus de relecture externe et neutre, lequel permet la validation et la correction de la saisie effectuée dans les établissements.
3. Fournit ainsi un très grand nombre de données fiables et comparables pour gestion des soins sur le plan clinique, pour la gestion du service infirmier et pour la planification tant au niveau des établissements que des cantons.
4. Permet une observation statistique des performances des prises en charge, notamment à travers les indicateurs de qualité énumérés ci-dessous.

2.1. Évaluation des soins requisⁱⁱ

La détermination des soins requis dans la méthode PLAISIR®, ou évaluation, repose sur quatre éléments principaux :

- Une formation spécifique et approfondie des personnes chargées d'effectuer les évaluations des résidents.
- L'état bio-psycho-social de la personne déterminé à travers une anamnèse standardisée permettant d'élaborer son profil. Cette anamnèse utilise différentes échelles validées, notamment celle de la CIDIH, de l'OMS.
- Une nomenclature standardisée et quantifiée de prestations de soins, rassemblées à la suite du profil, dans un questionnaire, le formulaire FRANⁱⁱ.
- Des standards de soins, lesquels correspondent à ce qui est reconnu comme « une bonne pratique » dans les établissements de Suisse romande. Ces standards sont des normes de références reconnues et valables de manière identique pour tous les utilisateurs de la méthode. Ils servent de base à la prescription des soins requis (« valeur défaut ») et il n'est possible d'en déroger que si la décision est justifiée par écrit, en se fondant sur un besoin spécifique du résidentⁱⁱ. Ces standards ont été évalués avant l'implantation de PLAISIR® lors de la procédure de testsⁱⁱⁱ.

Pour la description du processus d'élaboration du plan de soins requis, nous vous renvoyons au document explicatif annexéⁱⁱ.

2.2. Processus de relecture

Le processus clé d'assurance de la qualité des données produites par la méthode PLAISIR® est le processus de relecture. Celui-ci est également décrit dans le document explicatifⁱⁱ. Ce processus permet d'assurer la fiabilité et la validité, ainsi que la comparabilité des données ainsi produites.

2.3. Données fournies par PLAISIR®

Dans le document explicatifⁱⁱ, vous trouverez également la liste de « extraits PLAISIR® », ou tableaux présentant toute une série d'informations à propos des résidents, de leur état de santé, des soins qu'ils requièrent, des ressources à mettre à disposition pour répondre à ces besoins, de la dotation en personnel requise selon les jours, etc. Ces tableaux sont utilisables par les établissements pour leur propres processus d'assurance de la qualité.

La démarche romande de PLAISIR® a également pour conséquence de produire des bases de données importantes (près de 12'000 résidents deux fois par année depuis 10 ans). Celles-ci sont exploitées régulièrement par la CT, afin de produire d'autres tableaux comparatifs au niveau intercantonal. Ces tableaux sont publiés systématiquement sur le site Internet de la CT www.isesuisse.ch/ct-plaisir.

Parmi les données de ces bases, la CT a choisi d'en exploiter un certain nombre comme indicateurs intercantonaux de qualité. Toutes ces données sont analysées par canton et en fonction des missions attribuées par les cantons aux établissements. Il s'agit en l'occurrence des données suivantes :

2.3.1. Suivi de l'autonomie (mobilité, orientation, AVQ)

- Le suivi de l'autonomie se fait au travers du nombre et de la proportion de résidents réévalués changeant de niveau dans les échelles de mobilité, d'orientation et d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne, à une année d'intervalle.
- La réévaluation régulière des résidents permet de les suivre dans l'évolution de leur autonomie, l'objectif étant de maintenir cette dernière le plus longtemps possible ou de l'améliorer par des soins appropriés. Ces chiffres peuvent être utilisés comme référence par les EMS et par les cantons.

- Cet indicateur est calculé en suivant la cohorte de personnes réévaluées à deux échéances de l'année en cours – 31 mai et 31 octobre. L'indicateur est calculé deux fois par an.

2.3.2. Proportion de changements de classe

- La proportion de changement de classe est le nombre de résidents ayant changé de classe lors d'une réévaluation, à la hausse ou à la baisse, par rapport au nombre total de résidents ayant été réévalués.
- Le nombre de changement de classes, en particulier, à la baisse, permet d'avoir un indicateur grossier de qualité de la prise en charge, la personne ayant baissé de classe nécessitant moins de soins que lors de l'évaluation précédente. Cet indicateur, lié à ceux qui suivent l'évolution de l'autonomie, permet également de suivre l'évolution des clientèles et de vérifier que l'outil d'évaluation n'est pas inflationniste. A relever toutefois que certaines classes PLAISIR® sont très larges et que les mouvements à l'intérieur des classes ne sont pas visibles. Ces chiffres peuvent être utilisés comme référence par les EMS et par les cantons.
- Cet indicateur est calculé en suivant la cohorte de personnes réévaluées à deux échéances de l'année en cours – 31 mai et 31 octobre. L'indicateur est calculé deux fois par an.

2.3.3. Escarres de décubitus

- L'analyse donne une image de la prévalence des escarres de type I, II, III et IV selon les cantons, les missions des établissements, les années, de même que le décès, la mobilité et l'orientation du résident.
- Ces chiffres peuvent être utilisés comme référence par les EMS et par les cantons.
- Cet indicateur a été calculé une fois par année jusqu'en 2007 à partir des données récoltées de routine. La présence d'une escarre fait partie du profil bio-psycho-social.

2.3.4. Utilisation de sondes vésicales

- L'analyse donne une image de la fréquence d'utilisation des sondes vésicales selon les cantons, les missions des établissements, les années, de même que le sexe et l'âge du résident.
- Ces chiffres peuvent être utilisés comme référence par les EMS et par les cantons.
- Cet indicateur a été calculé une fois par année jusqu'en 2007 à partir des données récoltées de routine. La présence d'une sonde fait partie du profil bio-psycho-social.

2.3.5. Problèmes psychologiques

- L'évaluation du profil bio-psycho-social du résident permet de prendre connaissance des problèmes psychologiques dont il souffre. 13 problèmes sont relevés : l'agressivité physique, l'agressivité verbale, le fait de déranger les autres, l'agitation, l'errance, l'anxiété persistante, la tristesse, les manifestations de chagrin, le retrait, la présence d'idées suicidaires, le fait de penser souvent à la mort, le réveil prématuré et de mauvaise humeur, l'hypersomnie. L'analyse se limite à 5 problèmes, parmi les plus fréquents : l'agressivité physique, l'agressivité verbale, l'errance, le retrait et la tristesse. Elle est essentiellement descriptive; elle met en relation ces problèmes avec le canton, le sexe et l'âge du résident, la mission des établissements, l'échelle de mobilité et l'échelle d'orientation.
- Les EMS étant des lieux de vie, la gestion des problèmes psychologiques est un des éléments principaux de la qualité des soins. En effet, la littérature dans le domaine met en évidence l'impact d'une bonne prise en charge des problèmes psychologiques sur toutes les autres fonctions de la vie d'un résident, notamment sa mobilité et sa continence et donc son autonomie^{iv}. Certains schémas des analyses montrent bien la relation entre ces différents éléments. Par conséquent, si l'on veut maintenir et restaurer l'autonomie de résidents d'EMS, il est indispensable de soigner leurs états dépressifs et leurs réactions négatives à la perte de

leurs capacités fonctionnelles, d'une part, et à l'institutionnalisation, d'autre part. Depuis le 1^{er} juillet 2007, certaines prestations de soins de santé mentales seront prises en charge par l'assurance-maladie. Dans la logique de ce qui est écrit ci-dessus, cette prise en charge devrait stimuler l'action soignante, conduire à une diminution des problèmes psychologiques et, dès lors, à une augmentation de l'autonomie de certains résidants, avec pour conséquence une diminution de la charge en soins. Ces chiffres peuvent être utilisés comme référence par les EMS et par les cantons.

- Cet indicateur a été calculé une fois par année jusqu'en 2007 à partir des données récoltées de routine. La présence d'un ou de plusieurs problèmes psychologiques fait partie du profil bio-psycho-social. En 2005, une analyse de littérature internationale a été effectuée à des fins de comparaison.

2.3.6. Soins infirmiers de mobilisation et de réadaptation

- La CT s'est posé la question de savoir si l'on mobilisait bien les résidants dans les EMS de Suisse romande. La base de données PLAISIR contient plusieurs variables permettant d'approcher la question :
 1. La variable « Soins infirmiers de réadaptation reçus » : « Par soins infirmiers de réadaptation, on entend toute intervention effectuée par le personnel infirmier dans le but d'augmenter l'indépendance du bénéficiaire pour une ou plusieurs des activités de la vie quotidienne. Par exemple, le bénéficiaire présentant des déficits cognitifs qui éprouve des difficultés à accomplir certaines AVQ ; l'orienter, l'encourager, le superviser mais lui laisser faire l'activité sont des interventions infirmières de réadaptation qui permettent le maintien de l'indépendance. Il peut s'agir aussi d'interventions effectuées par le personnel infirmier dans le but de maintenir l'autonomie du bénéficiaire, c'est-à-dire sa capacité de diriger sa vie lui-même, par exemple, choisir ses vêtements ». Les évaluatrices doivent indiquer dans le questionnaire si le résidant a reçu ou non de telles prestations durant la période d'évaluation. NB : Il se peut qu'aucun entraînement ne soit signalé. Cela signifie que l'information n'est pas donnée et n'implique pas forcément qu'aucune des actions impliquées n'est réalisée.
 2. L'échelle de mobilité du profil bio-psycho-social.
 3. Les minutes de mobilisation requises du plan de soins.
 4. La thérapie de réadaptation reçue : physiothérapie, ergothérapie, orthophonie. Les évaluatrices spécifient le nombre de minutes reçues par semaine pour chacun de ces domaines.
- Ces chiffres peuvent être utilisés comme référence par les EMS et par les cantons.
- Cet indicateur a été calculé une fois par année jusqu'en 2007 à partir des données récoltées de routine. En 2005, une analyse de littérature internationale a été effectuée à des fins de comparaison.

Annexes :

- EROS, PLAISIR® 93 – L'évaluation quantitative et qualitative des soins aux personnes dépendantes, Montréal, 1997
- EROS, PLAISIR® 93 – Quantitative und qualitative Evaluation der Pflege abhängiger Personen, Montréal, 1997

BIBLIOGRAPHIE

- i ISP, Outils de mesure de la charge en soins infirmiers dans les établissements pour personnes âgées et les hôpitaux de soins aigus, Groupe de travail "Dotation en personnel" du GRSP sous la direction d'Anne Berthou, Aarau, 1995
IFG, « Instrumente zur Messung des Pflegeaufwandes in Altersheimen und Akutspitälern », Arbeitsgruppe "Personaldotation" des GRSP unter der Leitung von Anne Berthou, ISP, Lausanne, 1995, 186p.
- ii EROS, PLAISIR® 93 – L'évaluation quantitative et qualitative des soins aux personnes dépendantes, Montréal, 1997
EROS, PLAISIR® 93 – Quantitative und qualitative Evaluation der Pflege abhängiger Personen, Montréal, 1997
- iii ISE, CHORUS - Test de la méthode PLAISIR en Suisse romande - Rapport final, mars 1997
ISE, CHORUS - Test der Methode PLAISIR in der Westschweiz - Schlussbericht, März 1997
ISE, CHORUS 3 – Messung des Pflegeaufwandes in Langzeitpflegeinstitutionen, Schlussbericht, Mai 1999
- iv Voir site Internet : www.isesuisse.ch/ct-plaisir
- v Conférence sur l'allocation des ressources des établissements médico-sociaux (CAREMS). Besoin, qualité et allocation des ressources dans le domaine de l'hébergement médico-social. Rapport d'étude sous la direction de Daniel Depelteau et Alain Boutat. Service de la Santé Publique du canton de Vaud, Association d'Informatique des Etablissements Sanitaires, 1996