



**Universität
Basel**

Medizinische Fakultät
Departement Public Health

Pflegewissenschaft
Nursing Science

Rapport final sur l'évaluation du projet pilote relatif aux indicateurs de qualité médicaux pour les établissements médico-sociaux

Version 1.2

Franziska Zúñiga, Catherine Blatter, Narayan Sharma, Michael Simon
Institut für Pflegewissenschaft, Departement Public Health, Universität de Bâle

Rapport commandé par l'Office fédéral de la santé publique à l'attention du comité de projet Indicateurs de qualité médicaux, de CURAVIVA Suisse, de l'Office fédéral de la santé publique, de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et de l'Office fédéral de la statistique.

Le 20 avril 2018



Résumé pour la direction

Indicateurs de qualité médicaux dans les établissements médico-sociaux

Sur la base de l'article 59a LAMal, les homes médicalisés de Suisse sont tenus de fournir aux autorités fédérales compétentes les données nécessaires pour la surveillance des indicateurs de qualité médicaux. Dans le cadre d'un projet pilote sous la direction de CURAVIVA Suisse avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et l'Office fédéral de la statistique (OFS), quatre domaines de mesures ont été retenus pour cette collecte de données pilote : les mesures limitant la liberté de mouvement, la malnutrition, la polymédication et la douleur.

Collecte de données pilote pour l'évaluation des indicateurs de qualité médicaux

Le comité de projet a commandé une collecte de données pilote sur les indicateurs de qualité médicaux. Les domaines de mesures ont été intégrés dans les trois instruments d'évaluation des soins requis utilisés en Suisse (BESA, Plaisir/Plex, RAI-NH). Les fournisseurs de ces trois instruments ont été invités à collecter, dans 50 homes médicalisés, des données permettant d'évaluer les indicateurs de qualité médicaux retenus. L'Institut für Pflegewissenschaft (INS) de l'Université de Bâle a été mandaté pour accompagner la collecte des données et réaliser leur évaluation.

Collecte des données et démarche méthodologique

152 homes médicalisés suisses de toutes les régions linguistiques avec 11'412 résidents ont participé à cette collecte de données pilote. Celle-ci a porté sur tous les résidents de longue durée présents dans les homes au moment de l'exportation des données par les fournisseurs des instruments. Le jeu de données a été transmis à l'OFSP sous forme pseudonymisée, puis transmis à l'INS. Ce dernier a reçu, en plus, de la part de l'OFSP, des données des statistiques SOMED relatives aux homes, qui ont été combinées avec les données des résidents. Les données ont été testées par l'INS quant à leur intégralité, à leur plausibilité et à des valeurs manquantes. Des indicateurs de qualité médicaux non ajustés ont été calculés, et l'utilisation de critères d'exclusion et d'ajustement en fonction du risque a été examinée. Pour l'ajustement en fonction du risque, des régressions logistiques hiérarchiques multivariées et à effets mixtes ont été calculées. Différents tests (CCI1, CCI2, chenilles, tau de Kendall, graphiques de Bland-Altman) ont été utilisés pour évaluer le pouvoir discriminant des indicateurs de qualité médicaux ainsi que pour déterminer quelles variables fournissent une contribution significative à l'ajustement en fonction du risque. On a également examiné si les résultats des trois instruments d'évaluation des soins requis présentent des différences significatives. Ce rapport contient quelques informations sur les calculs statistiques, destinées principalement aux experts dans le domaine du développement d'indicateurs de qualité médicaux.

Résultats descriptifs

Les 152 homes avaient, en moyenne, 102 lits. Au total, 3,6 % des résidents faisaient l'objet de mesures limitant la liberté de mouvement (siège ne permettant pas de se lever/fixation du tronc), 13,5 % de lits à barreaux, 7,3 % de pertes de poids, 43,3 % de polymédication, 18,4 % de douleur autoévaluée et 12,0 % de douleur évaluée par des tiers. Alors que presque tous les homes présentaient des résidents avec polymédication et souffrant de douleurs autoévaluées, 42 % des homes ne présentaient aucune mesure limitant la liberté de mouvement (siège ne permettant pas de se lever/fixation du tronc), 11 % aucun cas de malnutrition et 7 % aucun cas de lits à barreaux.

Qualité des données

Plusieurs problèmes sont apparus concernant les variables, p. ex. un grand nombre de valeurs manquantes concernant le degré de soins requis, différentes réponses possibles concernant l'intensité de la douleur, différents guidages à travers les questionnaires des instruments d'évaluation des soins requis,



ce qui a entraîné à son tour des valeurs manquantes ou un manque de plausibilité des données, p. ex. des âges de moins de 5 ans. Des différences sont également apparues entre les instruments concernant la conception des périodes de collecte des données et le délai, p. ex., pour la réalisation d'une évaluation à l'admission. Globalement, les indicateurs de qualité médicaux ont malgré tout pu être calculés avec une bonne fiabilité.

Adéquation des indicateurs de qualité médicaux pour la mesure à l'échelle nationale

Sur la base de tous les tests, cinq des six indicateurs de qualité médicaux peuvent être recommandés pour l'utilisation : les deux indicateurs relatifs à la limitation de la liberté de mouvement, les indicateurs relatifs à la malnutrition, à la polymédication et à la douleur autoévaluée. Pour tous les indicateurs, les valeurs CCI1 et CCI2 étaient suffisamment élevées pour assurer un pouvoir discriminant, c.-à-d. permettre la mise en évidence de différences en matière de qualité entre les homes. Une exception est constituée par la douleur évaluée par des tiers : dans près de 10 % des homes, tous les résidents ont une autoévaluation de la douleur, de sorte qu'aucun résident de ces homes n'apparaît dans l'évaluation relative à l'indicateur de la douleur évaluée par des tiers. De plus, ce dernier indicateur présente un faible pouvoir discriminant.

Utilisation de critères d'exclusion et d'ajustements en fonction du risque pour les indicateurs de qualité médicaux

Des critères d'exclusion ont été choisis sur la base de la littérature et sont recommandés pour trois indicateurs : pour les deux indicateurs relatifs à la limitation de la liberté de mouvement (application de mesures à la demande des résidents, évaluation à l'admission, tétraplégie) et pour l'indicateur relatif à la malnutrition (espérance de vie, évaluation à l'admission, programme de perte de poids). Alternativement, les homes peuvent également remettre une prise de position concernant les résultats publiés, notamment la tétraplégie, qui ne concerne qu'un très petit nombre de résidents, et le nombre de résidents participant à un programme de perte de poids parmi les résidents présentant une perte de poids.

Pour l'ajustement en fonction du risque, un jeu de base de cinq variables a été développé (durée de séjour, sexe, âge, Cognitive Performance Scale, degré de soins requis), dont l'application est recommandée pour tous les indicateurs. Cela permet de tenir compte des différences entre les homes concernant les résidents. Les différences concernant la dépendance aux soins et les limitations cognitives, notamment, conduisent à différentes situations initiales.

Les tests concernant le besoin d'ajustement en fonction du risque avec deux échelles en fonction du degré de soins requis (indice BADL, ADL Long Form Scale) ont montré qu'un ajustement n'est pas nécessaire. Sur la base de la littérature et des tests, des ajustements supplémentaires en fonction du risque sont toutefois recommandés pour trois indicateurs : les mesures limitant la liberté de mouvement – siège ne permettant pas de se lever/fixation du tronc (agression physique contre autrui), douleur – autoévaluée/évaluée par des tiers (diagnostic arthrite, prise quotidienne de décisions, Depression Rating Scale). Ces variables ne sont pas encore disponibles dans tous les instruments d'évaluation des soins requis.

Perspectives

Nous recommandons à l'OFSP de poursuivre le développement de l'indicateur douleur évaluée par des tiers, afin que le groupe vulnérable constitué par les personnes souffrant de démence sénile avancée ne soit pas exclu des mesures. Nous recommandons également d'examiner les différences entre les instruments d'évaluation des soins requis, afin de déterminer s'il s'agit de différences effectives entre les groupes de résidents évalués par les différents instruments ou s'il y a des problèmes de mesure ou de collecte des données.



Table des matières

| | | |
|------|---|----|
| 1. | Situation initiale | 5 |
| 2. | Méthode | 5 |
| 2.1 | Conception et échantillon | 5 |
| 2.2 | Variables | 6 |
| 2.3 | Procédure pour la collecte des données | 6 |
| 2.4 | Gestion des données et analyse | 7 |
| 3. | Résultats | 9 |
| 3.1 | Description de l'échantillon | 9 |
| 3.2 | Regroupement des données et tests de plausibilité | 10 |
| 3.3 | Contrôle des variables pour l'exclusion et l'ajustement en fonction du risque | 11 |
| 3.4 | Contrôle des variables pour la mesure des indicateurs de qualité médicaux | 12 |
| 3.5 | Mesures limitant la liberté de mouvement – siège ne permettant pas de se lever et fixation du tronc | 15 |
| 3.6 | Mesures limitant la liberté de mouvement – lits à barreaux | 19 |
| 3.7 | Malnutrition | 21 |
| 3.8 | Polymédication | 24 |
| 3.9 | Douleur – introduction | 27 |
| 3.10 | Douleur – autoévaluation | 27 |
| 3.11 | Douleur – évaluation par des tiers | 30 |
| 3.12 | Vue d'ensemble de tous les indicateurs de qualité | 33 |
| 4. | Recommandations | 36 |
| 4.1 | Utilisation des indicateurs de qualité | 36 |
| 4.2 | Critères d'exclusion | 37 |
| 4.3 | Ajustement en fonction du risque | 37 |
| 4.4 | Collecte des données | 38 |
| 4.5 | Variables – recommandations pour les instruments d'évaluation des soins requis | 39 |
| 4.6 | Recommandations pour l'OFSP – perspectives | 42 |



1. Situation initiale

Sur la base de l'article 59a LAMal, les homes médicalisés de Suisse sont tenus de fournir aux autorités fédérales compétentes les données nécessaires pour la surveillance des indicateurs de qualité médicaux. Ces données sont collectées à l'échelle nationale par l'Office fédéral de la statistique et analysées et publiées par l'OFSP.

Un projet pilote a été élaboré en 2009 sous la direction de CURAVIVA Suisse avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour la préparation de la collecte des données à l'échelle nationale. Ce projet avait pour but de sélectionner et d'évaluer des indicateurs de qualité médicaux adéquats, en application de l'article 59a LAMal. Une condition préalable importante était que ces mesures puissent se faire au moyen des instruments existants d'évaluation des soins requis BESA, Plaisir/Plex et RAI-NH. Dans la première phase du projet, quatre domaines de mesures ont été retenus pour cette collecte de données pilote :

- mesures limitant la liberté de mouvement
- malnutrition
- polymédication
- douleur

La collecte de données pilote pour la mesure des indicateurs de qualité médicaux a débuté en juillet 2016. Les trois fournisseurs d'instruments d'évaluation des soins requis ont été invités à collecter, dans 50 homes médicalisés, des données permettant d'évaluer les indicateurs de qualité médicaux retenus. Pour Plaisir/Plex, il y a eu une phase test de six mois (juillet- décembre 2016), durant laquelle 50 homes participant bénévolement ont collecté les données au moyen du module complémentaire IQM (Indicateurs de Qualité Médicaux). Pour BESA et RAI-NH, une nouvelle version des instruments d'évaluation des soins requis a été mise à disposition des homes médicalisés en automne 2016. Les homes médicalisés ont pu choisir librement le moment du passage à la nouvelle version. L'introduction s'est faite par étapes, en fonction des régions linguistiques, en commençant par les régions germanophones.

L'Institut für Pflegewissenschaft (INS) de l'Université de Bâle a été mandaté pour accompagner la collecte des données dans le cadre du projet pilote, évaluer les données et élaborer un rapport d'évaluation. L'INS a également réalisé, sur mandat de CURAVIVA Suisse, un sondage en ligne auprès des homes pilotes sur le point de vue des utilisateurs concernant la fiabilité et la crédibilité des données récoltées. Les résultats de ce sondage en ligne sont également intégrés dans ce rapport.

2. Méthode

2.1 Conception et échantillon

Ce projet pilote est une étude transversale sur un échantillon aléatoire de homes médicalisés suisses de toutes les régions linguistiques. Les critères d'inclusion étaient la disponibilité à participer à l'étude pilote et, pour Plaisir/Plex, la disponibilité à travailler avec le module complémentaire IQM pour la collecte des indicateurs de qualité médicaux ainsi que, pour BESA et RAI-NH, le fait que les homes aient installé la dernière version de l'instrument d'évaluation des soins requis utilisé pour la collecte des données nécessaires au calcul des indicateurs de qualité médicaux. L'objectif était de recruter 50 homes pilotes par instrument d'évaluation des soins requis.



Du côté des résidents, tous les résidents de longue durée présents dans les homes au moment de l'exportation des données par les fournisseurs des instruments ont été pris en compte. Les résidents de courte durée (p. ex. pour soins aigus et de transition) ont été exclus. Ces deux critères, respectivement, d'inclusion et d'exclusion sont réalisés sous cette forme dans BESA et RAI-NH. Dans Plaisir/Plex, tous les résidents présents dans les homes au moment de la phase pilote (juillet-décembre 2016) et saisis au moyen du module complémentaire IQM ont été pris en compte. Il y avait donc des résidents qui avaient déjà quitté le home au moment de l'exportation des données. Par ailleurs, il est possible qu'un petit nombre de résidents de courte durée (max. 3 cas) aient été inclus dans l'échantillon avec Plaisir/Plex ; cela n'a toutefois pas pu être vérifié de manière univoque.

2.2 Variables

Les variables à collecter ont été définies dans le concept d'interface de février 2016. Elles proviennent de quatre sources :

- **Statistiques SOMED** : les variables suivantes ont été traitées par l'OFSP et mises à disposition de l'INS pour les homes participant à ce projet pilote : nombre de lits pour séjours de longue durée, nombre de lits pour séjours de courte durée, nombre de lits pour soins aigus et de transition, degré de soins requis, taux de fluctuation des résidents.
- **Données exportées par BESA** : toutes les variables décrites dans le concept d'interface au niveau des instruments (cf. appendice A1 pour la description de toutes les variables)
- **Données exportées par RAI-NH** : comme pour BESA (cf. appendice A2).
RAI-NH a livré, en plus, les variables suivantes, utilisées pour le test de l'ajustement en fonction du risque :
 - Toutes les variables pour la détermination de la Cognitive Performance Scale (CPS) : comateux, mémoire à court terme, capacités cognitives pour les décisions de la vie quotidienne, s'exprimer de manière compréhensible, dépendance pour manger/boire
 - Toutes les variables pour la détermination de l'ADL Long Form Scale : mouvements au lit, transfert, déplacement dans l'unité, s'habiller/se déshabiller, utilisation des toilettes, hygiène personnelle
 - Autres variables : cancer (oui/non), arthrite (oui/non), tétraplégie (oui/non), agression physique, Depression Rating Scale (DRS), indice BADL
- **Données exportées par Plaisir/Plex** : comme pour BESA (cf. appendice A3)
Plaisir/Plex a livré, en plus, les variables suivantes :
 - Variables pour la détermination de la CPS (voir sous RAI-NH)

2.3 Procédure pour la collecte des données

Le recrutement des homes pilotes s'est fait par les fournisseurs d'instruments. Avec leur accord pour l'exportation des données, les homes ont également donné leur accord pour le traitement de celles-ci. Pour Plaisir/Plex, les données ont été collectées par les homes pilotes entre juillet et décembre 2016 avec le module supplémentaire IQM. Pour BESA et RAI-NH, les données pour les indicateurs de qualité ont été collectées avec la dernière version de l'instrument d'évaluation des soins requis (BESA 5, MDS version 2.0). Les fournisseurs d'instruments ont mis à disposition des homes des informations sur la collecte des données sous la forme de manuels ou de menus d'aide dans les instruments d'évaluation des soins requis.

L'exportation des données à partir des données locales dans les homes a été réalisée par les fournisseurs d'instruments dès que tous les homes avaient collecté au moins six mois au moyen des nouveaux instruments d'évaluation des soins requis (c'est la période maximale à l'intérieur de laquelle un résident doit être évalué au moyen d'un instrument d'évaluation des soins requis, ce qui permet d'avoir au



moins une évaluation par résident). Les données ont été regroupées par les fournisseurs d'instruments et remises à l'INS par l'intermédiaire de l'OFSP. La transmission s'est effectuée par étapes, entre août et novembre 2017, en fonction du moment auquel le dernier home avait collecté les données sur six mois ainsi que du traitement et du contrôle des données par les fournisseurs d'instruments. Pour RAI-NH, le déroulement pour l'exportation des données était fixé par le logiciel. Aussi bien BESA, qui a combiné l'intégration des indicateurs de qualité dans une importante mise à jour du système, que Plaisir/Plex, qui a développé le module supplémentaire IQM spécifiquement pour la mesure des indicateurs de qualité, ont effectué différents tests pour vérifier l'exportation correcte des données. Les transmissions des données entre le fournisseur de l'instrument et l'OFSP et entre l'OFSP et l'INS se sont faites au moyen du système Web-FTP de la Confédération, afin d'assurer la sécurité des données.

La confidentialité des données a été garantie durant tout le processus, et toutes les données des résidents ont été pseudonymisées. Seuls les homes participant au projet pilote et les fournisseurs d'instruments sont en mesure de décrypter les données, mais pas l'OFSP ni l'INS. Les noms des homes participants n'étaient connus que des fournisseurs d'instruments et de l'OFSP, et en partie de CURAVIVA Suisse. La commission d'éthique du Nord-Ouest de la Suisse et de Suisse centrale a déclaré cette étude conforme, en février 2017 (EKNZ Req-2017-00052). Les données seront conservées par l'INS jusqu'à fin 2020, puis effacées.

2.4 Gestion des données et analyse

Après réception des données, l'INS a, dans un premier temps, testé les données quant à leur intégralité, leur plausibilité et des valeurs manquantes. Les problèmes de plausibilité ont été tirés au clair avec les fournisseurs d'instruments. Les données ont été recodées ou nouvellement calculées (p. ex. âge des résidents sur la base de leur date de naissance, durée de séjour sur la base de la date d'admission) et dénommées de manière unifiée (cf. appendices A1, A2 et A3). Après cela, les trois jeux de données de BESA, Plaisir/Plex et RAI-NH ont été regroupés en un seul jeu de données.

Dans l'étape suivante, on a calculé les indicateurs de qualité médicaux non ajustés, sur la base du concept d'interface (règles de calcul voir appendice B) et représentés graphiquement.

Pour chaque indicateur, on a calculé le coefficient de corrélation intraclasse 1 (CCI1) et le coefficient de corrélation intraclasse 2 (CCI2). Le CCI1 indique la part de la variance d'un indicateur de qualité liée à l'appartenance d'un résident à un home donné. Elle permet d'évaluer si un indicateur de qualité est adéquat pour mettre en évidence des différences entre les homes. Pour cela, le CCI1 ne devrait pas être inférieur à 0,05. Le CCI1 est souvent interprété comme la variance expliquée de la variable étudiée (dans le cas présent, l'indicateur de qualité) par l'appartenance à un cluster (dans le cas présent, le home médicalisé) (autrement dit, plus de 5 % de la variance sont expliqués par l'appartenance à un home). Le CCI2 permet d'évaluer si les valeurs par home sont fiables. Plus sa valeur est proche de 1, plus les valeurs au niveau des homes sont fiables. De plus, il existe un lien entre des deux formes du CCI : plus le CCI1 est élevé, plus le CCI2 est également élevé. En valeur absolue, ces valeurs sont toutefois très différentes : tandis que le CCI1 varie normalement entre 0,0 et 0,3, le CCI2 varie généralement entre 0,6 et 1,0.

Les homes médicalisés se distinguent aussi bien au niveau organisationnel, p. ex. par leur taille ou leur orientation, qu'au niveau des résidents, p. ex. avec divers degrés de soins requis. Ainsi, des différences dans les indicateurs de qualité médicaux mesurés peuvent être attribuées, en partie, aux différences susdites et ne reflètent pas des différences effectives en matière de qualité. Un ajustement en fonction du risque aide à réduire ce problème et à rendre les résultats comparables. Dans ce cadre, il est important de n'utiliser, pour cet ajustement, que des variables qui ne sont pas elles-mêmes influencées par les homes et qui pourraient ainsi être liées à la qualité. La détermination des variables utilisables pour l'ajustement en fonction du risque a été réalisée en plusieurs étapes. Dans un premier temps, on a regroupé, sur la base de la littérature, des facteurs de risque potentiels, destinés à être testés. Les



résultats ont été présentés dans le concept d'interface 2016 et sont reproduits de manière détaillée dans l'appendice C. Concrètement, les variables suivantes ont été étudiées pour tous les indicateurs de qualité médicaux :

| Niveau des homes | Niveau des résidents | |
|---|--|--|
| Repris des statistiques SOMED : | Disponible dans tous les instruments : | Disponible seulement dans RAI-NH : |
| <ul style="list-style-type: none"> Taille du home Taux de fluctuation des résidents | <ul style="list-style-type: none"> Durée de séjour Sexe Age CPS Degré de soins requis | <ul style="list-style-type: none"> Indice BADL ADL Long Form Scale |

Tableau 1: Jeux de base des variables testées pour tous les indicateurs de qualité médicaux

Par ailleurs, les variables spécifiques suivantes, collectées avec le jeu de données pilote, ont été étudiées, pour chaque indicateur, d'une part, comme critère d'exclusion et, d'autre part, pour l'ajustement en fonction du risque (il n'existe aucune recommandation dans la littérature concernant l'indicateur de qualité polymédication) :

| Indicateur de qualité | Critère d'exclusion | Covariable pour l'ajustement en fonction du risque |
|--|---|--|
| Mesures limitant la liberté de mouvement | <ul style="list-style-type: none"> Application à la demande des résidents Evaluation à l'admission Coma Tétraplégie (seulement dans RAI-NH) | <ul style="list-style-type: none"> Agression physique contre des tiers (seulement dans RAI-NH) |
| Malnutrition | <ul style="list-style-type: none"> Evaluation à l'admission Espérance de vie inférieure à 6 semaines | <ul style="list-style-type: none"> Coma Diagnostic cancer (seulement dans RAI-NH) |
| Douleur | Autoévaluation : <ul style="list-style-type: none"> Pas d'autoévaluation Evaluation par des tiers : <ul style="list-style-type: none"> Autoévaluation valable | <ul style="list-style-type: none"> Diagnostic arthrite (seulement dans RAI-NH) Diagnostic cancer (seulement dans RAI-NH) Prendre les décisions de la vie quotidienne Depression Rating Scale (seulement dans RAI-NH) |

Tableau 2 : Variables testées pour l'exclusion de résidents du calcul et pour l'ajustement en fonction du risque au niveau des résidents, selon indications de la littérature

Les étapes suivantes ont ensuite été réalisées (cf. description détaillée dans l'appendice E1) :

- 1) Etude des critères d'exclusion concernant l'étendue de l'exclusion
- 2) Analyse, pour chaque indicateur de qualité, de régressions logistiques hiérarchiques multivariées avec tous les facteurs de risque mentionnés en littérature, pour l'ajustement en fonction du risque, plus un jeu de base de variables utilisé pour toutes les analyses (durée de séjour, sexe, âge, CPS, degré de soins requis) et deux facteurs de risque potentiels au niveau des homes (taille, taux de fluctuation des résidents). On a renoncé à tester le degré de soins requis au niveau des homes, dans la mesure où il s'agit d'une grandeur agrégée du degré de soins requis, qui a été



testée au niveau des résidents. Dans ce cadre, on a tenu compte de la structure hiérarchique des données (résidents au niveau 1 dans des homes au niveau 2) et calculé un modèle à effets mixtes (home comme effet aléatoire, prédicteurs comme effets fixes).

- 3) Sélection de prédicteurs par indicateur de qualité : l'adaptation du modèle évaluée avec le critère d'information d'Akaike (CIA) a été utilisée comme critère pour la sélection des prédicteurs. Les prédicteurs non significatifs ont été éliminés du modèle. Il s'est avéré, pour tous les indicateurs de qualité, que le contrôle des deux variables au niveau des homes (taille du home, taux de fluctuation des résidents) n'était pas nécessaire. Les variables coma et diagnostic cancer ont également été écartées.
- 4) Evaluation si la prise en compte d'une variable relative à la dépendance aux soins est nécessaire (indice BADL ou ADL Long Form Scale) sur la base du CCI1 et du CCI2, ainsi que du tau de Kendall et de graphiques de Bland-Altman. Il s'avère que les deux variables n'ont pas besoin d'être prises en compte pour l'ajustement en fonction du risque.
- 5) Calcul du modèle hiérarchique final avec effets mixtes et les prédicteurs sélectionnés.
- 6) Sur la base du modèle final, les résultats ont été représentés graphiquement par home, avec les résidus spécifiques de chaque home et leurs intervalles de confiance de 95 %, les résidus étant calculés au moyen d'estimations bayésiennes empiriques. Ces estimations bayésiennes corrigent l'influence des différences de taille des échantillons. Dans les représentations graphiques, la ligne 0 désigne la valeur moyenne de l'indicateur de qualité pour tous les homes, cette valeur étant centrée sur 0. Si l'intervalle de confiance de 95 % d'un home ne recoupe pas la ligne 0, ce home s'écarte significativement des autres homes. Un écart dans le domaine positif implique une valeur supérieure à la moyenne, un écart dans le domaine négatif signifie que le home présente une valeur significativement inférieure à la moyenne de tous les homes.

La mesure au moyen de trois différents instruments d'évaluation des soins requis peut introduire un biais à différents niveaux. La mesure des soins fournis au moyen des degrés de soins requis représente un problème. A ce jour, une harmonisation des degrés de soins requis entre les trois instruments d'évaluation n'a pas pu être réalisée en Suisse. Afin de corriger les différences systématiques dans les mesures entre les différents instruments d'évaluation des soins requis, les variables ont été centrées sur la valeur moyenne pour chaque instrument d'évaluation des soins requis. Cela corrige les différences systématiques entre les instruments, sans influencer la répartition des valeurs pour un instrument donné. Afin de tester d'éventuelles différences systématiques entre les instruments d'évaluation des soins requis, l'instrument a été introduit, à la fin, comme prédicteur nominal dans le modèle.

3. Résultats

3.1 Description de l'échantillon

Les données de 152 homes ont pu être analysées, dans le cadre de la collecte de données pilote 2017. Selon les statistiques SOMED 2015, les homes ayant participé à cette collecte de données avaient une taille moyenne de 102,3 lits pour séjours de longue durée (fourchette : 13 à 235 lits). Cela représente un nombre relativement élevé, si on le compare à la taille moyenne de 62 lits à l'échelle de la Suisse, en 2016.

| Variable | Tous | BESA | Plaisir/Plex | RAI-NH |
|---|--------------|-------------|--------------|--------------|
| Nombre de homes (n) | 152 | 50 | 46 | 56 |
| Lits pour séjours de longue durée M (ET) | 102,3 (51,2) | 90,6 (42,6) | 97,2 (60,5) | 113,7 (47,5) |



| Variable | Tous | BESA | Plaisir/Plex | RAI-NH |
|---|--------------|-------------|--------------|--------------|
| Lits total (y c. pour séjours de courte durée et soins aigus et de transition) M (ET) | 105,1 (53,2) | 92,4 (44,0) | 99,1 (61,3) | 117,6 (50,4) |
| Degré de soins requis (échelle 1-12) M (ET) | 6,0 (1,8) | 4,7 (1,2) | 8,3 (0,7) | 5,4 (1,1) |
| Taux de fluctuation des résidents en % M (ET) | 42,6 (23,4) | 36,5 (10,7) | 39,6 (16,5) | 48,5 (30,8) |

Tableau 3: Description des homes participants, sur la base des statistiques SOMED 2015 (M : moyenne, ET : écart type)

Les données de 11'412 résidents ont été collectées dans le cadre de la collecte de données pilote 2017. Sur ces résidents, 73 % étaient des femmes et l'âge moyen était de 86 ans. La durée de séjour médiane jusqu'au moment de la collecte était de 859 jours (écart interquartile [EI] : 1271 avec Q1 : 375 et Q3 : 1646 jours), le degré moyen de soins requis 6,3 (EI : 5 avec Q1 : 4 et Q3 : 9). Des données complémentaires relatives aux résidents sont données dans l'appendice D1.

3.2 Regroupement des données et tests de plausibilité

Moment de la collecte des données. L'idée fondamentale est d'intégrer la collecte des données pour les indicateurs de qualité médicaux dans les évaluations de routine. Les évaluations de routine ne sont toutefois pas identiques avec RAI-NH/BESA et Plaisir/Plex :

- BESA et RAI-NH effectuent une évaluation à l'admission dans les 14 jours suivant l'admission, puis de nouvelles évaluations en cas de modification de l'état de santé, mais au moins tous les 180 jours. Dans l'évaluation, on précise s'il s'agit d'une évaluation à l'admission ou d'une évaluation de suivi. La collecte des indicateurs de qualité est intégrée dans les différentes versions de l'évaluation (à l'admission ou de suivi).
- Avec Plex, une évaluation est réalisée entre 48 heures et 7 jours après l'admission ; avec Plaisir entre 21 et 56 jours après l'admission. Avec Plex, une nouvelle évaluation est réalisée en fonction des besoins, avec Plaisir en cas de modification de l'état de santé, mais au moins tous les deux ans. En cas de changement de home, l'évaluation Plaisir peut être reprise de l'ancien home. Les indicateurs de qualité sont déterminés au moyen du modèle séparé Indicateurs de Qualité Médicaux (IQM) et n'étaient pas liés temporellement avec les évaluations de Plex ou Plaisir, durant le projet pilote. Dans le cadre de l'exportation des données, il s'est avéré que la durée des évaluations par résident au moyen du module IQM variait entre 0 et 180 jours (médiane 0, valeur moyenne 17 jours), ce qui signifie que l'évaluation a été modifiée dans plusieurs cas au cours de 180 jours et n'a été terminée qu'ultérieurement (il est également possible qu'un cas ait été évalué depuis longtemps, mais n'ait pas été terminée).

Ces différences dans les procédures gênent la comparabilité des données collectées.

Harmonisation avec SOMED. L'harmonisation avec les statistiques SOMED a montré que, dans un cas en Suisse romande, trois homes sont enregistrées par SOMED sous un seul numéro en tant que groupement de plusieurs sites, mais que ces sites apparaissent en tant que homes séparés, lors de l'exportation des indicateurs de qualité.

Intégralité du jeu de données. Avec BESA, un home a posé des problèmes techniques pour l'exportation des données. Avec Plaisir/Plex, cinq homes n'ont pas pu être intégrés dans l'exportation.

Critères d'inclusion et d'exclusion de l'échantillon. Dans le cadre du projet pilote, ce sont les résidents qui étaient présents dans le home au moment de l'exportation des données (BESA/RAI-NH) ou pendant la durée du projet pilote (Plaisir/Plex) qui ont été pris en compte. Pour la collecte des données à l'échelle nationale, tous les résidents qui étaient dans le home l'année de la collecte ont été pris en



compte. Sur ce point, le projet pilote se différencie des futures collectes de données. Par ailleurs, les indicateurs de qualité ne sont mesurés que pour les séjours de longue durée. Alors que cela est déjà assuré avec BESA et RAI-NH, du fait que les séjours de courte durée sont saisis avec d'autres instruments, les deux groupes sont exportés avec Plaisir/Plex. Le nombre de max. trois résidents de courte durée dans Plaisir/Plex est très faible, selon le membre compétent de la commission technique de PLAISIR, et est éventuellement lié au choix des homes pilotes, qui proposent moins de séjours de courte durée.

Doublons dans les jeux de données/identité des résidents. Toutes les données ont été contrôlées quant à d'éventuels doublons sur la base des variables code du home, date d'admission, année de naissance et sexe. Les doublons mis en évidence ont été contrôlés avec les fournisseurs d'instruments (BESA : 6 doublons, Plaisir/Plex : 7 doublons, RAI-NH : 5 doublons) et soit supprimés, soit laissés, sur la base des retours d'information.

Les jeux de données des fournisseurs d'instruments contiennent des numéros d'identification uniques des résidents, permettant d'identifier rapidement des doublons. Pour le projet pilote, nous n'avons pas accès à ces numéros d'identification des résidents, de sorte que nous ne pouvions pas identifier les doublons sur la base de ces numéros.

Variables dates (date d'admission et date d'évaluation). Deux variables sont exportées sous forme de dates : la date d'admission (D09) et la date d'évaluation (D100). Les trois instruments d'évaluation des soins requis utilisent pour cela des formats différents, qui doivent être harmonisés. Les données présentent plusieurs problèmes de plausibilité : d'une part, il y a des dates d'admission qui remontent à plus de 40 ans. Dans ce cas, nous avons modifié certaines données en « valeur manquante », après consultation des fournisseurs d'instruments (des dates de naissance ont probablement été introduites par erreur en lieu et place de dates d'admission). D'autre part, il y a, dans BESA et RAI-NH, plusieurs dates d'évaluation qui remontent à plus de 180 jours, ce qui ne correspond pas à la périodicité prescrite. Dans ce cas, nous avons entièrement supprimé certains cas, après consultation des fournisseurs d'instruments. L'âge des résidents est calculé à partir de leur année de naissance. Dans deux cas, l'année ne comportait que deux chiffres et certaines années donnaient lieu à des âges de moins de 18 ans (des dates d'admission ont probablement été introduites par erreur en lieu et place de dates de naissance).

3.3 Contrôle des variables pour l'exclusion et l'ajustement en fonction du risque

Evaluation à l'admission. Cette variable indique s'il s'agit de la première évaluation après l'admission ou d'une évaluation ultérieure. Cette variable est importante, du fait qu'elle sert de critère d'exclusion pour l'indicateur de qualité malnutrition, qui sert à déterminer rétrospectivement une perte de poids durant les 30 ou 180 derniers jours : le home n'a aucune influence sur une perte de poids subie avant l'admission dans le home. Cette variable peut également servir de critère d'exclusion pour les mesures limitant la liberté de mouvement, du fait que les premiers temps dans le home représentent une phase d'adaptation, qui requiert encore des évaluations détaillées et durant laquelle des alternatives à des mesures limitant la liberté de mouvement peuvent être testées jusqu'à ce qu'une solution durable soit trouvée pour les problèmes existants.

Comme il ressort de l'annexe D1, Plaisir/Plex présente nettement moins d'évaluations à l'admission que les autres instruments d'évaluation des soins requis (D101.instr : 3 % Plaisir/Plex contre 16 % BESA et 12 % RAI), ce qui pourrait être un désavantage pour l'indicateur de qualité malnutrition (un plus grand nombre de résidents avec perte de poids sont pris en compte, sur lesquels le home n'a éventuellement aucune influence). Dans Plaisir/Plex, la variable évaluation à l'admission oui/non est calculée au moyen d'une combinaison de la date d'admission et de la date d'évaluation de Plex, Plaisir et IQM. Actuellement, et aussi longtemps que les instruments d'évaluation des soins requis ne définissent et mesurent pas cette variable de manière unifiée, ces différences ne permettent pas de déterminer si elles sont liées à des différences effectives au niveau des résidents ou aux différentes méthodes de mesure.



Les valeurs se rapprochent si le statut d'admission est calculé sur la base de la date d'admission (D101.calc. : résidents depuis 180 jours ou moins dans le home contre plus de 180 jours dans le home : Plaisir/Plex : 17 %, BESA : 19 %, RAI-NH : 20 %). Dans les calculs actuels, nous avons utilisé D101.instr. La variable évaluation à l'admission peut être utilisée comme critère d'exclusion pour les mesures limitant la liberté de mouvement, si elle confirme que l'évaluation a bien été réalisée et terminée dans les 14 jours après l'admission dans le home. Si cette variable est basée sur une phase plus longue, elle est moins apte à être utilisée comme critère d'exclusion pour les mesures limitant la liberté de mouvement, du fait que l'on peut s'attendre à ce qu'une mesure limitant la liberté de mouvement puisse à nouveau être éliminée après les 1-2 premières semaines.

Degré de soins requis. Plaisir/Plex présente 6 % de valeurs manquantes pour le degré de soins requis. Cette variable a dû être composée à partir des données de Plex et Plaisir ; il n'y a pas de variable spécifique pour le degré de soins requis. Dans RAI-NH, cette variable est accompagnée d'un texte, qui doit être supprimé avant l'agrégation des données.

Cognitive Performance Scale (CPS). La CPS est utilisée pour l'ajustement en fonction du risque et calculée à partir de cinq variables (comateux, mémoire à court terme, capacités cognitives pour les décisions de la vie quotidienne, s'exprimer de manière compréhensible, dépendance pour manger/boire, cf. appendice D1, variables D150-D155). Pour cette variable, nous avons reçu de BESA les valeurs CPS sans les variables à la base du calcul, de Plaisir/Plex uniquement les variables à la base du calcul sans les valeurs CPS et de RAI-NH les deux. Les valeurs CPS seraient, en fait, suffisantes pour le calcul de l'ajustement en fonction du risque. Plaisir/Plex présente 11 % de valeurs manquantes, du fait que la variable comateux n'a pas été évaluée pour tous les résidents.

Indice BADL/ADL Long Form Scale. Dans le cadre du projet pilote, nous avons examiné si le degré de dépendance aux soins devait être pris en compte pour l'ajustement en fonction du risque. Ce degré de dépendance pourrait être utilisé en plus ou à la place du degré de soins requis pour l'ajustement en fonction du risque, du fait que le degré de soins requis ne représente qu'une estimation grossière du degré de dépendance aux soins. A ce jour, il n'existe pas d'instrument permettant de mesurer la dépendance aux soins avec les trois instruments d'évaluation des soins requis. Nous avons tenu compte de deux formes mentionnées en littérature. Les variables nécessaires pour ces deux formes sont disponibles dans RAI-NH, mais pas dans BESA ou Plaisir/Plex :

- Indice BADL : est constitué de quatre variables (mouvements dans le lit, transfert, manger, utilisation des toilettes), qui sont évaluées avec deux échelles (degré de dépendance allant de « indépendant » à « totalement dépendant » et nécessité d'un soutien/d'une aide pour les prestations ADL allant de « ni préparation, ni aide » à « aide physique par deux personnes ou plus »). Le résultat peut varier entre 4 et 18 points, les valeurs élevées indiquant un degré de dépendance élevé. L'indice BADL fait partie intégrante de RAI-NH.
- ADL Long Form Scale : est constitué de sept variables (comme pour l'indice BADL : mouvements dans le lit, transfert, manger, utilisation des toilettes ; avec en plus : déplacement dans le service, s'habiller/déshabiller, hygiène personnelle). Seule l'échelle pour la détermination du degré de dépendance est utilisée pour le calcul de la valeur de l'ADL Long Form Scale. Les valeurs sont additionnées. Le résultat peut varier entre 0 et 28 points, les valeurs élevées indiquant une dépendance élevée.

3.4 Contrôle des variables pour la mesure des indicateurs de qualité médicaux

Les analyses ont mis en évidence deux domaines influençant la comparabilité des données :

- Différences dans le libellé et les options de réponses des différents instruments d'évaluation des soins requis
- Différences dans les règles pour répondre aux questions et le guidage à travers les questionnaires



Les différences au niveau du guidage se manifestent, p. ex., dans le fait que BESA utilise diverses questions filtres (p. ex. quelles sont les mesures de limitation des soins requis utilisées ?) et que les questions suivantes soit ne doivent pas être traitées, soit ne comprennent plus certaines options de réponses (p. ex. l'option « Jamais » n'est plus disponible en cas d'utilisation fréquente de mesures limitant la liberté de mouvement, puisque la question filtre a déjà permis d'établir que ce cas n'est pas possible). Cela a pour conséquence que certaines variables ne sont pas complètes dans BESA et que les variables finalement utilisées doivent être composées à partir de plusieurs variables (voir sous mesures limitant la liberté de mouvement, polymédication et douleur).

Malnutrition/espérance de vie. BESA propose davantage d'options de réponses que les deux autres instruments d'évaluation des soins requis. Celles-ci peuvent toutefois aisément être reprises dans celles de Plaisir/Plex et RAI-NH. BESA présente deux valeurs manquantes en raison d'une erreur de programmation. Cela a déjà été identifié par BESA Care et est en cours de correction.

La variable relative à l'espérance de vie inférieure à six semaines sert de critère d'exclusion. Sur ce point, 80 % des personnes qui complètent les questionnaires indiquent que cette question n'a pas été traitée par le personnel. Cette variable est finalement utilisée comme critère d'exclusion pour 1 % (121 résidents).

Mesures limitant la liberté de mouvement. Le guidage à travers le questionnaire n'est pas le même pour RAI-NH, BESA et Plaisir/Plex. En cas de réponse positive dans l'échelle A concernant la fréquence de l'utilisation d'une mesure définie limitant la liberté de mouvement (réponse ≠ « Jamais »), BESA et Plaisir/Plex exigent que les échelles B (limitation effective de la liberté de mouvement) et C (contexte de la mesure) soient également complétées. Par ailleurs, B et C ne doivent pas être complétées si on déclare dans A que la mesure n'est pas appliquée. Dans RAI-NH, l'échelle B doit également être complétée si on indique sous A que la mesure n'est pas appliquée. Pour ce projet pilote, nous avons appliqué la règle suivante : si une valeur supérieur à 0 est indiquée dans l'échelle A (la mesure est appliquée), nous avons pris en compte les données des échelles B et C. Si l'échelle A a été évaluée avec un « 0 », les valeurs des échelles B et C ont été définies comme « valeur manquante » dans RAI-NH.

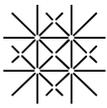
BESA utilise, pour cet indicateur, une question filtre relative au type de mesure appliquée. Cela signifie que, pour la variable relative à la fréquence, l'option de réponse « Jamais » doit être complétée en combinant deux variables. Concernant les indications relatives aux lits à barreaux, 132 valeurs sont manquantes, bien qu'on ait répondu « est appliqué » à la question filtre correspondante. Ce problème a déjà été identifié par BESA Care et est en cours de correction.

L'échelle B a été fournie pour le projet pilote, afin de contrôler si elle peut être utilisée pour une stratification (mesure limitant effectivement la liberté de mouvement contre mesure ne limitant pas la liberté de mouvement). Il s'avère qu'entre 25 % et 43 % des mesures ont été évaluées comme ne limitant pas la liberté de mouvement. Malgré cela, nous avons renoncé à une stratification, car le sondage en ligne a montré que cette question est très difficile à évaluer et que la situation des résidents peut fluctuer.

Polymédication. Les questions relatives à la polymédication ont été entièrement traitées, et n'y a pas de conflit entre les différents instruments d'évaluation des soins requis. On remarque seulement quelques valeurs aberrantes dans BESA, avec jusqu'à 81 substances actives. En combinant ces résultats avec ceux du sondage en ligne, il semble que cette question n'ait pas encore été correctement comprise. Par ailleurs, BESA utilise ici une question filtre, qui entraîne que 0 = pas de médicaments doit être complété dans la variable concernant la polymédication, sur la base de la question filtre.

Douleur – autoévaluation. Deux variables sont utilisées pour le calcul des indicateurs de qualité : la fréquence et l'intensité de la douleur.

- **Autoévaluation – fréquence.** BESA a d'autres options de réponses que RAI-NH et Plaisir/Plex. Celles-ci peuvent toutefois être aisément harmonisées (BESA : Jamais/1-3 jours/4-6 jours/tous les



jours, mais pas permanente/tous les jours permanente, tandis que pour RAI-NH et Plaisir/Plex : Jamais/pas quotidiennement/quotidiennement). Par ailleurs, il y a une différence entre les options de réponses en l'absence de réponse : BESA propose une variable supplémentaire avec « Ne peut pas être évalué », alors que RAI-NH et Plaisir/Plex ont prévu les options « Ne veut pas répondre » et « Ne peut pas répondre ». Toutes ces options sont finalement traitées comme valeur manquante. Les options de réponses sont utilisées différemment pour le guidage vers la question suivante portant sur l'intensité de la douleur :

| Fréquence de la douleur (D140) : | Intensité de la douleur (D141) : |
|---|--|
| BESA : « Jamais » | Est sautée et reste vide (valeur manquante) |
| Plaisir/Plex : « Jamais » | Est sautée et complétée automatiquement complétée par 0 = pas de douleur |
| RAI-NH : « Jamais » | Est sautée et reste vide (valeur manquante) |
| BESA : « Ne peut pas être évalué » | Doit être complétée |
| Plaisir/Plex : « Ne peut pas répondre », « Ne veut pas répondre » | Doit être complétée |
| RAI-NH : « Ne peut pas répondre », « Ne veut pas répondre » | Est sautée et reste vide (valeur manquante) |

Tableau 4 : Pilotage des options de réponses concernant la fréquence et l'intensité de la douleur

- **Autoévaluation – intensité.** Ici aussi, il existe différentes options de réponses : BESA propose de cocher « Ne peut pas être évalué », tandis que RAI-NH et Plaisir/Plex proposent les options « Ne veut pas répondre » et « Ne peut pas répondre ». Cela est sans incidence pour le calcul des indicateurs de qualité. Plaisir/Plex génère automatiquement 0 = pas de douleur si la fréquence indiquée est « Jamais ». Pour BESA et RAI-NH, il a fallu compléter manuellement « Pas de douleur » dans le cadre du projet pilote. Le fait de sauter la question relative à l'intensité de douleurs en cas de réponse « Ne peut pas répondre » ou « Ne veut pas répondre » dans RAI-NH est sans incidence, du fait que ces réponses sont considérées comme valeur manquante et que les résidents correspondants ne sont de toute manière pas pris en compte dans le calcul de l'indicateur.

Douleur – évaluation par des tiers. Deux variables sont utilisées pour le calcul des indicateurs de qualité : la fréquence et l'intensité de la douleur. Parallèlement, les signes observés de douleurs sont notés.

- **Signes observés.** Les libellés d'une question diffèrent entre les trois instruments d'évaluation des soins requis : « Signes observables de douleurs durant les sept derniers jours : pas de signes observables » pour BESA, « Aucun signe observable » pour Plaisir/Plex et « Non applicable » pour RAI-NH. Ces réponses conduisent ensuite aux questions suivantes concernant la fréquence et l'intensité :

| Signes observés (D146) : | Fréquence de la douleur (D147) : | Intensité de la douleur (D148) : |
|---|---|---|
| BESA : « Signes observables de douleurs durant les sept derniers jours : Aucun signe observable » coché | Est sautée et reste vide (valeur manquante) ; complétée manuellement par 0 = jamais | Est sautée et reste vide (valeur manquante) |



| Signes observés (D146) : | Fréquence de la douleur (D147) : | Intensité de la douleur (D148) : |
|--|--|--|
| Plaisir/Plex : « Aucun signe observable » cochée | Est sautée, codée automatiquement par 0 = jamais | Est sautée, codée automatiquement par 0 = pas de douleur |
| RAI-NH : « Aucun signe » cochée | Doit être complétée | Doit être complétée (dépend de la réponse D147) |

Tableau 5 : Pilotage des options de réponses concernant les signes observables

Le guidage actuel à travers les questionnaires permet qu'il y ait des résidents avec des valeurs manquantes aussi bien pour l'autoévaluation de la douleur que pour l'évaluation de la douleur par des tiers. Pour le calcul des indicateurs de qualité, il est important qu'aussi bien la fréquence de la douleur que l'intensité de la douleur soient évaluées par des tiers, en l'absence d'autoévaluation. Autrement dit, lorsque les valeurs D140 ou D141 sont manquantes, il faut répondre aux questions D147 et D148. Actuellement, les trois instruments d'évaluation des soins requis permettent des réponses pour l'autoévaluation de la douleur comme pour l'évaluation de la douleur par des tiers. Le guidage dans le cas de l'évaluation par des tiers permet toutefois, dans BESA, de ne répondre à aucune de ces deux questions si on indique « Aucun signe observable » à la question D146. Nous avons résolu le problème dans le projet pilote de manière analogue à la proposition de Plaisir/Plex et admis qu'il n'y a pas de douleur lorsque la valeur D146 est « Aucun signe observable ». Dans ce sens nous avons complété manuellement 0 = pas de douleur lorsque la fréquence est 0 = jamais dans BESA.

Evaluation par des tiers – fréquence. Comme décrit ci-dessus, la réponse 0 = jamais est formée différemment. Elle est soit introduite par le personnel, soit générée automatiquement sur la base de la réponse à D146. Dans RAI-NH, le guidage à travers le questionnaire prévoit de sauter la question suivante sur l'intensité si on répond 0 = jamais à la question concernant la fréquence. BESA propose ici l'option de réponse supplémentaire « Ne peut pas être évalué », qui n'est pas proposée par les deux autres instruments d'évaluation des soins requis.

- **Evaluation par des tiers – intensité.** Dans RAI-NH, la valeur est manquante si on a coché 0 = jamais à la question précédente. Dans ce cas, nous avons complété manuellement l'option de réponse 0 = pas de douleur. Dans BESA, il y eut six valeurs manquantes, malgré le fait que le programme exige une réponse, dans le cas d'une réponse sous fréquence. BESA propose, ici aussi, l'option de réponse supplémentaire « Ne peut pas être évalué », qui n'est pas proposée par les deux autres instruments d'évaluation des soins requis.

3.5 Mesures limitant la liberté de mouvement – siège ne permettant pas de se lever et fixation du tronc

Les résultats non ajustés montrent qu'un siège ne permettant pas de se lever ou une fixation du tronc concernent 3,6 % des résidents, avec un maximum de 37,3 % dans un home. On relèvera la différence entre les différents instruments d'évaluation des soins requis : seuls 25,0 % des homes utilisant RAI-NH ne présentent aucun cas contre 58,0 % de ceux utilisant BESA et 41,3 % de ceux utilisant Plaisir/Plex. Ces différences doivent être examinées dans de futurs projets. Aussi bien le CCI1 que le CCI2 sont élevés et confirment l'adéquation fondamentale de cet indicateur pour des comparaisons qualitatives.

| | Total | BESA | Plaisir/Plex | RAI-NH |
|---------------------------------|--------|------|--------------|--------|
| Nombre de résidents (n valable) | 11'412 | 3335 | 3176 | 4901 |

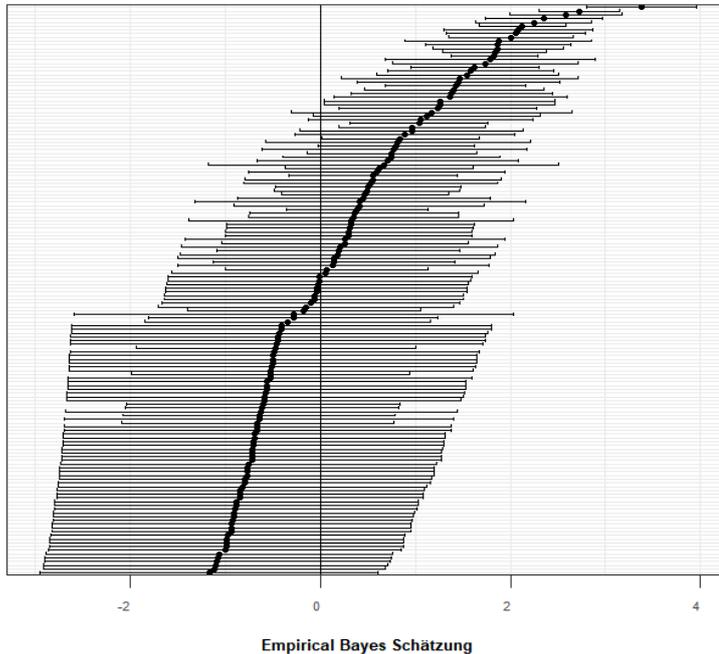


| | Total | BESA | Plaisir/Plex | RAI-NH |
|--|------------------------|----------------|---------------|-----------------|
| Exclusion : utilisation de sièges ne permettant pas de se lever ou fixation du tronc à la demande des résidents | 64 | 16 | 24 | 24 |
| Nombre de résidents après l'application du critère d'exclusion (n) ¹ | 11'348 | 3319 | 3152 | 4877 |
| Résidents avec IQ (%) | 411 (3,6) | 42 (1,3) | 171 (5,4) | 198 (4,1) |
| Fourchette sur l'ensemble des homes (min. %-max. %) | 0,0-37,3 | 0,0-8,0 | 0,0-37,3 | 0,0-20,5 |
| % de homes avec 0 cas | 40,8 | 58,0 | 41,3 | 25,0 |
| Quartiles (Q1, Q2, Q3) | 0,0, 1,6, 4,4 | 0,0, 0,0, 1,77 | 0,0, 2,4, 7,5 | 0,52, 2,7, 5,57 |
| CCI1 (intervalle de confiance de 95 %) | 0,343 [0,235-0,405] | | | |
| CCI 2 (intervalle de confiance de 95 %) | 0,988 [0,98-0,991] | | | |

¹ Cette donnée contient aussi bien des applications quotidiennes que des applications non quotidiennes des deux mesures limitant la liberté de mouvement.

Tableau 6 : Sièges ne permettant pas de se lever et fixation du tronc (critère d'exclusion appliqué, résultats non ajustés)

Pouvoir discriminant de l'indicateur. La représentation graphique de l'estimation bayésienne empirique montre combien de homes s'écartent significativement de la moyenne. La ligne 0 désigne la valeur moyenne de l'indicateur de qualité pour tous les homes, cette valeur étant centrée sur 0. Si l'intervalle de confiance de 95 % d'un home ne recoupe pas la ligne 0, ce home s'écarte significativement des autres homes. Dans ce graphique, tous les homes qui s'écartent significativement sont dans le domaine positif. Cela signifie que ces homes ont des valeurs significativement plus élevées de cet indicateur de qualité et appliquent des mesures limitant la liberté de mouvement à un nombre plus élevé de résidents. L'absence de homes qui s'écarte significativement dans le domaine négatif tient au fait que 34 % des homes – c'est-à-dire un grand nombre de homes – n'utilisent pas de mesures limitant la liberté de mouvement.



Ligne 0 : La valeur moyenne de tous les homes est centrée sur 0. Chaque barre représente un home avec sa valeur et l'intervalle de confiance de 95 %. Si l'intervalle de confiance de 95 % d'un home ne recoupe pas la ligne 0, ce home s'écarte significativement des autres homes. Les homes dont l'intervalle de confiance de 95 % ne recoupe pas la ligne 0 sont significativement meilleurs (domaine négatif, valeur inférieure à la moyenne) ou significativement moins bons (domaine positif, valeur supérieure à la moyenne).

Figure 1 : Siège ne permettant pas de se lever et fixation du tronc (résultat non ajusté)

Dans le graphique ci-dessus, on s'attend à ce que quelques homes se distinguent significativement des autres. Cela montre que cet indicateur est à même de mettre en évidence des différences de qualité. Si aucun home ne se distinguait significativement, il ne vaudrait pas la peine de mesurer cet indicateur, car il ne permettrait pas de mettre en évidence des différences.

Les réflexions relatives aux critères d'exclusion ainsi que les différentes étapes des analyses de l'ajustement en fonction du risque sont présentées dans les appendices E1 et E2.

Recommandations relatives aux critères d'exclusion. Dans l'analyse actuelle, on a appliqué comme critère d'exclusion l'utilisation de mesures limitant la liberté de mouvement à la demande des résidents. Pour l'avenir, nous recommandons d'appliquer ce critère d'exclusion avec la condition supplémentaire que l'évaluation de l'indicateur de qualité ait eu lieu dans les 14 jours à compter de l'admission. Parallèlement, nous recommandons, à l'avenir, soit d'exclure des mesures les résidents tétraplégiques, du fait que les homes avec une spécialisation correspondante seraient désavantagés, soit de permettre aux homes de prendre position concernant les résultats.

Recommandations relatives à l'ajustement en fonction du risque. Sur la base des calculs décrits dans l'appendice E2, les variables suivantes sont finalement recommandées pour l'ajustement en fonction du risque de l'indicateur de qualité siège ne permettant pas de se lever ou fixation du tronc :

| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| Jeu de base de tous les indicateurs de qualité : | Variables supplémentaires, actuellement disponibles uniquement dans RAI-NH : | Contrôle de la dépendance aux soins : |
|--|--|---------------------------------------|

| | | |
|--|---|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Durée de séjour • Sexe • Age • CPS • Degré de soins requis | <ul style="list-style-type: none"> • Agression physique contre des tiers | Aucun |
|--|---|-------|

Tableau 7 : Variables pour l'ajustement en fonction du risque de l'indicateur de qualité siège ne permettant pas de se lever/fixation du tronc (pour la description de la sélection, voir appendice E1)

Pouvoir discriminant de l'indicateur de qualité ajusté. Les CCI1 et CCI2 ont été recalculés sur la base de l'ajustement en fonction du risque (jeu de base). Les deux valeurs sont plus élevées et confirment ainsi le pouvoir discriminant de l'indicateur de qualité.

| | Total (non ajusté) | Total (ajusté) |
|---|------------------------|------------------------|
| CCI1 (Intervalle de confiance de 95 %) | 0,343 [0,235-0,405] | 0,396 [0,297-0,474] |
| CCI2 (Intervalle de confiance de 95 %) | 0,988 [0,98-0,991] | 0,990 [0,985-0,993] |

Tableau 8 : CCI1 et CCI2 pour le siège ne permettant pas de se lever et la fixation du tronc (résultats non ajustés contre résultats ajustés)

La distribution des résultats avec l'estimation bayésienne empirique est similaire à celle pour les résultats non ajustés. L'utilisation de cet indicateur peut être recommandée, avec le critère d'exclusion proposé et l'ajustement en fonction du risque.

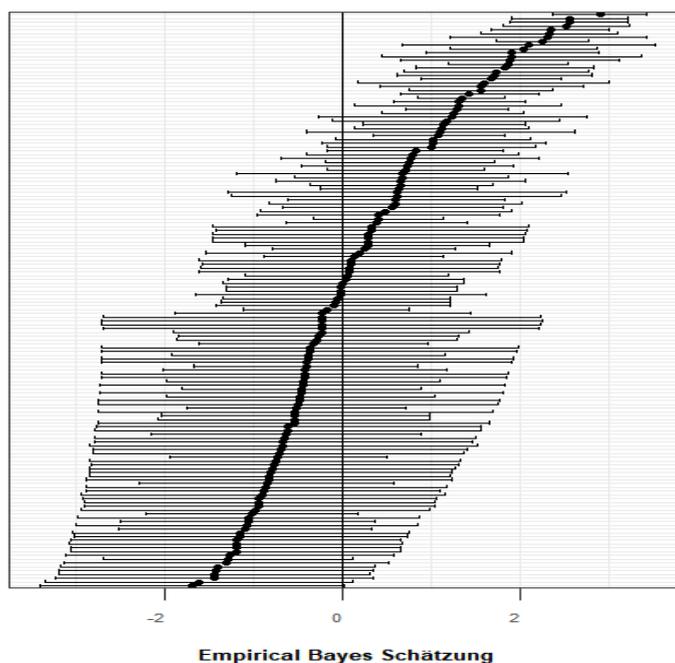


Figure 2 : Siège ne permettant pas de se lever ou fixation du tronc (résultat ajusté, interprétation voir figure 1)



3.6 Mesures limitant la liberté de mouvement – lits à barreaux

Sur la base des résultats non ajustés, des lits à barreaux sont utilisés pour 13,5 % des résidents, avec un maximum de 48,4 % dans un home. Avec 4,5 %, les homes BESA utilisent nettement moins de lits à barreaux que les homes Plaisir/Plex (19,5 %) et les homes RAI-NH (15,5 %). Aussi bien le CCI1 que le CCI2 sont supérieurs aux seuils et confirment l'adéquation fondamentale de cet indicateur pour des comparaisons qualitatives.

| | Total | BESA | Plaisir/Plex | RAI-NH |
|---|------------------------|-------------------|------------------|-----------------|
| Nombre de résidents (n valable) | 11'280 | 3203 ¹ | 3176 | 4901 |
| Exclusion : utilisation de lits à barreaux à la demande des résidents ² | 633 | 120 | 198 | 315 |
| Nombre de résidents après l'application du critère d'exclusion (n) | 10'779 | 3215 | 2978 | 4586 |
| Résidents avec IQ (%) | 1433 (13,5) | 139 (4,5) | 581 (19,5) | 713 (15,5) |
| Fourchette sur l'ensemble des homes (min. %-max. %) | 0,0-48,4 | 0,0-15,0 | 0,0-48,4 | 0,0-40,0 |
| % de homes avec 0 cas | 6,6 | 10,0 | 6,5 | 3,6 |
| Quartiles (Q1, Q2, Q3) | 3,6, 9,15, 21,62 | 1,9, 3,6, 6,3 | 10,5, 19,9, 26,7 | 6,1, 11,9, 23,3 |
| CCI1 (intervalle de confiance de 95 %) | 0,245 [0,197-0,286] | | | |
| CCI 2 (intervalle de confiance de 95 %) | 0,980 [0,973-0,983] | | | |

¹ BESA a 132 valeurs manquantes pour cette variable.

² Cette donnée contient aussi bien des applications quotidiennes que des applications non quotidiennes de lits à barreaux.

Tableau 9 : Lits à barreaux (critère d'exclusion appliqué, résultats non ajustés)

Pouvoir discriminant de l'indicateur. La représentation graphique de l'estimation bayésienne empirique montre qu'il y a aussi bien des homes qui utilisent significativement moins de lits à barreaux (dans le domaine négatif, faibles valeurs) que des homes qui utilisent significativement plus de lits à barreaux (dans le domaine positif, valeurs élevées).

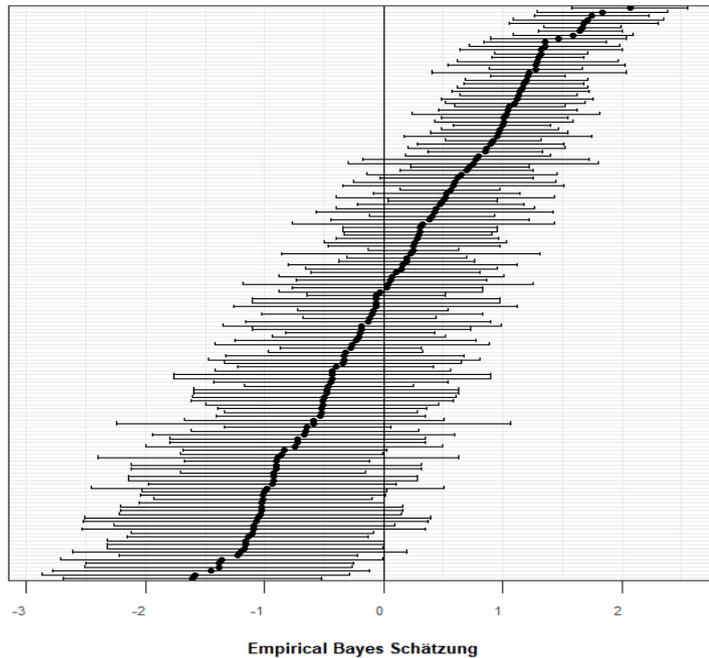


Figure 3 : Lits à barreaux (critère d'exclusion appliqué, résultat non ajusté, interprétation voir figure 1)

Les réflexions relatives aux critères d'exclusion et les différentes étapes des analyses pour l'ajustement en fonction du risque sont présentées dans les appendices E1 et E3.

Recommandations relatives aux critères d'exclusion. Dans l'analyse actuelle, on a appliqué comme critère d'exclusion l'utilisation de mesures limitant la liberté de mouvement à la demande des résidents. Pour l'avenir, nous recommandons d'exclure des mesures les résidents avec évaluation à l'admission et éventuellement les résidents tétraplégiques, de manière analogue aux mesures limitant la liberté de mouvement.

Recommandations relatives à l'ajustement en fonction du risque. Sur la base des calculs décrits dans l'appendice E3, les variables suivantes sont finalement recommandées pour l'ajustement en fonction du risque de l'indicateur de qualité lits à barreaux :

| Jeu de base de tous les indicateurs de qualité : | Variables supplémentaires, actuellement disponibles uniquement dans RAI-NH : | Contrôle de la dépendance aux soins : |
|--|--|---------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Durée de séjour • Sexe • Age • CPS • Degré de soins requis | Aucune | Aucun |

Tableau 10 : Variables pour l'ajustement en fonction du risque de l'indicateur de qualité lits à barreaux (pour la description de la sélection, voir appendice E1)

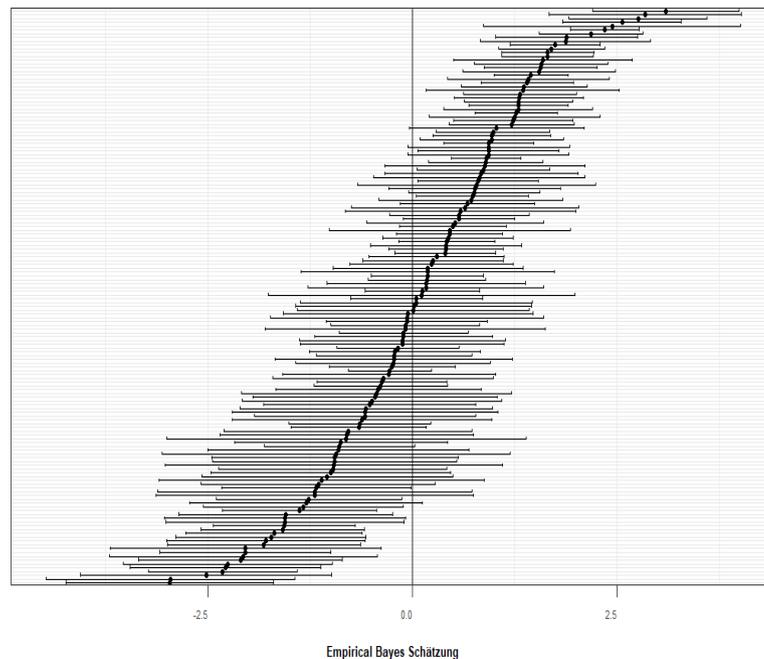
Pouvoir discriminant de l'indicateur de qualité ajusté. Les CCI1 et CCI2 ont été recalculés sur la base de l'ajustement en fonction du risque (jeu de base). Comme pour l'indicateur précédent, le CCI1 est plus élevé que le CCI2 (probablement du fait de l'échantillon légèrement plus réduit, en raison de valeurs manquantes dans la variable CPS incluse dans le modèle ajusté).



| | Total (non ajusté) | Total (ajusté) |
|---|------------------------|------------------------|
| CCI1 (Intervalle de confiance de 95 %) | 0,245 [0,197-0,286] | 0,371 [0,297-0,425] |
| CCI2 (Intervalle de confiance de 95 %) | 0,980 [0,973-0,983] | 0,989 [0,984-0,991] |

Tableau 11 : CCI1 et CCI2 pour les lits à barreaux

La distribution des résultats avec l'estimation bayésienne empirique montre également des écarts significatifs par rapport à la moyenne, aussi bien dans le domaine positif que dans le domaine négatif. L'utilisation de cet indicateur peut être recommandée, avec le critère d'exclusion proposé et l'ajustement



en fonction du risque.

Figure 4 : Lits à barreaux (critère d'exclusion appliqué, résultat ajusté, interprétation voir figure 1)

3.7 Malnutrition

Les résultats non ajustés montrent que 1351 résidents ont été exclus sur la base des critères d'exclusion (évaluation à l'admission oui et espérance de vie inférieure à 6 semaines). Une perte de poids est observée chez 7,3 % des résidents, avec un maximum de 46,4 % dans un home. RAI-NH présente nettement moins de cas (4,2 %) que BESA (7,7 %) et Plaisir/Plex (11,3 %). Une différence importante apparaît également concernant les homes avec 0 % de cas, qui représentent 17,9 % dans RAI-NH. Aussi bien le CCI1 que le CCI2 sont supérieurs aux seuils et confirment l'adéquation fondamentale de cet indicateur pour des comparaisons qualitatives.

| | Total | BESA | Plaisir/Plex | RAI-NH |
|---------------------------------|--------|------|--------------|--------|
| Nombre de résidents (n valable) | 11'410 | 3333 | 3176 | 4901 |



| | Total | BESA | Plaisir/Plex | RAI-NH |
|---|------------------------|----------------|-----------------|---------------|
| Exclusion : nombre de résidents avec espérance de vie inférieure à 6 semaines (n) | 121 | 13 | 103 | 5 |
| Exclusion : nombre de résidents avec évaluation à l'admission (n) | 1238 | 548 | 95 | 595 |
| Nombre de résidents après l'application des critères d'exclusion (n) | 10'059 | 2777 | 2978 | 4304 |
| Résidents avec IQ (%) | 731 (7,3) | 215 (7,7) | 336 (11,3) | 180 (4,2) |
| Fourchette sur l'ensemble des homes (min. %-max. %) | 0,0-46,4 | 0,0-22,7 | 0,0-46,4 | 0,0-15,0 |
| % de homes avec 0 cas | 10,5 | 8,0 | 4,3 | 17,9 |
| Quartiles (Q1, Q2, Q3) | 3,3, 6,2, 11,4 | 4,4, 8,5, 11,9 | 5,4, 10,8, 15,2 | 1,8, 3,7, 6,5 |
| CCI1 (intervalle de confiance de 95 %) | 0,135 [0,095-0,165] | | | |
| CCI 2 (intervalle de confiance de 95 %) | 0,959 [0,941-0,969] | | | |

Tableau 12 : Perte de poids (critères d'exclusion appliqués, résultats non ajustés)

Pouvoir discriminant de l'indicateur. La représentation graphique de l'estimation bayésienne empirique montre qu'il y a aussi bien des homes ayant un pourcentage significativement plus élevé de résidents avec perte de poids que des homes ayant un pourcentage significativement moins élevé de résidents avec perte de poids.

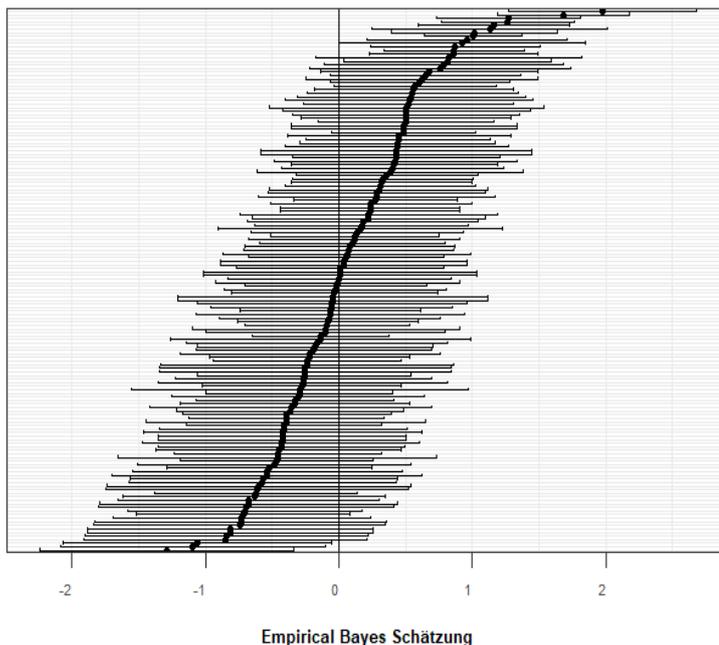


Figure 5 : Perte de poids (résultat non ajusté, interprétation voir figure 1)



Les réflexions relatives aux critères d'exclusion et les différentes étapes des analyses pour l'ajustement en fonction du risque sont présentées dans les appendices E1 et E4.

Recommandations relatives aux critères d'exclusion. Nous recommandons l'application des deux critères d'exclusion proposés évaluation à l'admission oui et espérance de vie inférieure à six semaines.

Recommandations relatives à l'ajustement en fonction du risque. Sur la base des calculs décrits dans l'appendice E4, les variables suivantes sont finalement recommandées pour l'ajustement en fonction du risque de l'indicateur de qualité lits à barreaux :

| Jeu de base de tous les indicateurs de qualité : | Variables supplémentaires, actuellement disponibles uniquement dans RAI-NH : | Contrôle de la dépendance aux soins : |
|--|--|---------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Durée de séjour • Sexe • Age • CPS • Degré de soins requis | Aucune | Aucun |

Tableau 13: Variables pour l'ajustement en fonction du risque de l'indicateur de qualité malnutrition (pour la description de la sélection, voir appendice E1)

Pouvoir discriminant de l'indicateur. Les CCI1 et CCI2 ont été recalculés sur la base de l'ajustement en fonction du risque (jeu de base). Le CCI1 est légèrement plus élevé que le CCI2 (probablement du fait de l'échantillon légèrement plus réduit, en raison de valeurs manquantes dans la variable CPS incluse dans le modèle ajusté).

| | Total (non ajusté) | Total (ajusté) |
|---|------------------------|------------------------|
| CCI1 (Intervalle de confiance de 95 %) | 0,135 [0,095-0,165] | 0,137 [0,085-0,180] |
| CCI2 (Intervalle de confiance de 95 %) | 0,959 [0,941-0,969] | 0,899 [0,856-0,922] |

Tableau 14 : CCI1 et CCI2 pour la perte de poids (résultats ajustés)

La distribution des résultats avec l'estimation bayésienne empirique montre également des écarts significatifs par rapport à la moyenne, aussi bien dans le domaine positif que dans le domaine négatif. L'utilisation de cet indicateur peut être recommandée, avec les critères d'exclusion proposés et l'ajustement en fonction du risque.

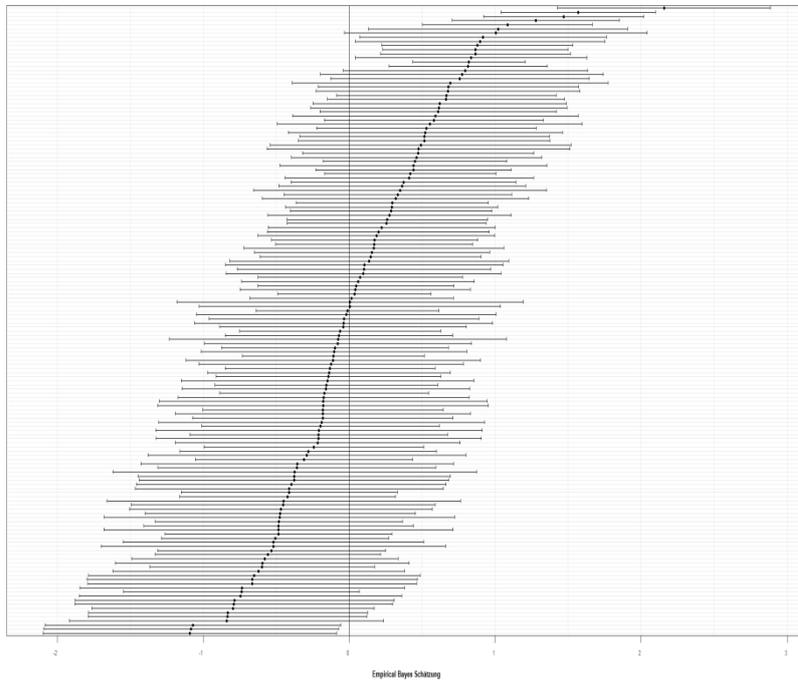


Figure 6 : Perte de poids (résultat ajusté, interprétation voir figure 1)

3.8 Polymédication

Sur la base des résultats non ajustés, 43,3 % des résidents font l'objet d'une polymédication, avec une fourchette allant de 0 % à 73,7 % par home. BESA fournit un résultat légèrement moins élevé (39,5 %) que Plaisir/Plex (43,8 %) et RAI-NH (45,7 %). BESA présente également une fourchette moins élevée (jusqu'à 61,3 %) et un home avec 0 % de cas, ce qui devrait être vérifié sur place, car il s'agit d'un résultat très improbable. Le CCI1 est à peine supérieur à 0,05 et le CCI2 vaut 0,9, ce qui parle en faveur de l'utilisation de cet indicateur pour des comparaisons qualitatives.

| | Total | BESA | Plaisir/Plex | RAI-NH |
|---|------------------------|------------------|------------------|------------------|
| Nombre de résidents (n valable) | 11'412 | 3335 | 3176 | 4901 |
| Résidents avec IQ (%) | 4944 (43,3) | 1316 (39,5) | 1390 (43,8) | 2238 (45,7) |
| Fourchette sur l'ensemble des homes (min %-max %) | 0,0-73,7 | 0,0-61,3 | 16,7-73,7 | 23,8-71,4 |
| % de homes avec 0 cas | 0,7 | 2,0 | 0,0 | 0,0 |
| Quartiles (Q1, Q2, Q3) | 35,3, 43,2, 51,3 | 29,5, 38,0, 46,1 | 35,6, 43,1, 56,1 | 38,8, 46,0, 53,8 |
| CCI1 (intervalle de confiance de 95 %) | 0,055 [0,037-0,068] | | | |
| CCI 2 (intervalle de confiance de 95 %) | 0,898 [0,865-0,918] | | | |

Tableau 15: Polymédication (résultats non ajustés)

Pouvoir discriminant de l'indicateur. La représentation graphique de l'estimation bayésienne empirique montre qu'il y a aussi bien des homes ayant un pourcentage significativement plus élevé de résidents avec polymédication que des homes ayant un pourcentage significativement moins élevé de résidents avec polymédication.

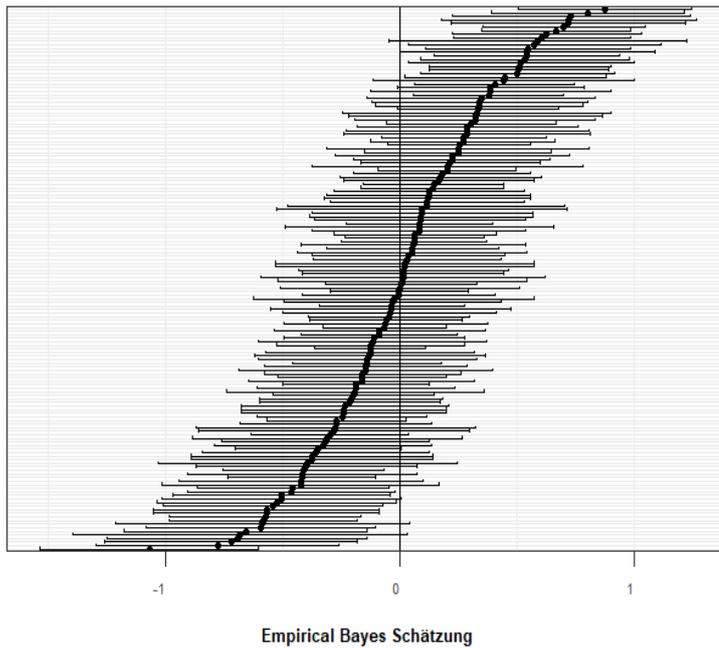


Figure 7: Polymédication (résultat non ajusté, interprétation voir figure 1)

Les réflexions relatives aux critères d'exclusion et les différentes étapes des analyses pour l'ajustement en fonction du risque sont présentées dans les appendices E1 et E5.

Recommandations relatives aux critères d'exclusion. Aucun critère d'exclusion n'est recommandé.

Recommandations relatives à l'ajustement en fonction du risque. Les variables suivantes sont finalement recommandées pour l'ajustement en fonction du risque de l'indicateur de qualité polymédication :



| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| Jeu de base de tous les indicateurs de qualité : | Variables supplémentaires, actuellement disponibles uniquement dans RAI-NH : | Contrôle de la dépendance aux soins : |
| <ul style="list-style-type: none"> • Durée de séjour • Sexe • Age • CPS • Degré de soins requis | Aucune | Aucun |

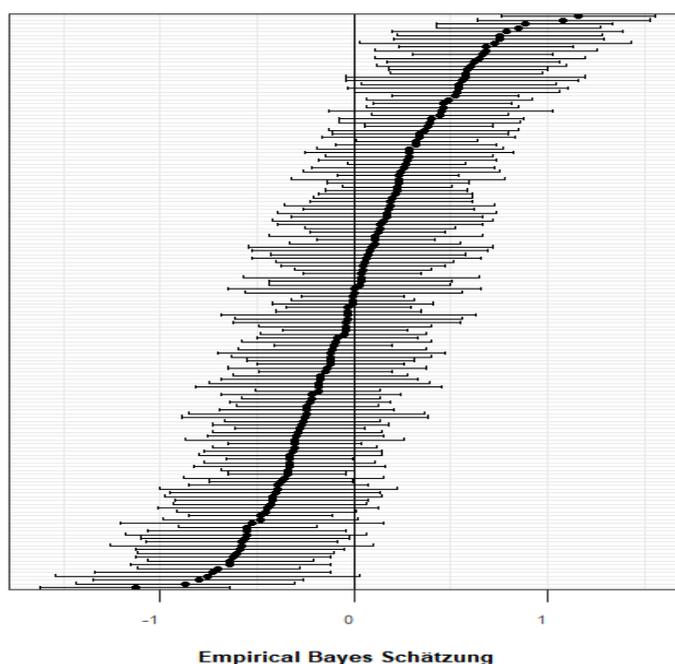
Tableau 16: Variables pour l'ajustement en fonction du risque de l'indicateur de qualité polymédication (pour la description de la sélection, voir appendice E1)

Pouvoir discriminant de l'indicateur de qualité ajusté. Les CCI1 et CCI2 ont été recalculés sur la base de l'ajustement en fonction du risque (jeu de base). Les deux valeurs sont plus élevées avec l'ajustement en fonction du risque.

| | Total (non ajusté) | Total (ajusté) |
|---|------------------------|------------------------|
| CCI1 (Intervalle de confiance de 95 %) | 0,055 [0,037-0,068] | 0,068 [0,047-0,086] |
| CCI2 (Intervalle de confiance de 95 %) | 0,898 [0,865-0,918] | 0,917 [0,889-0,935] |

Tableau 17 : CCI1 et CCI2 pour la polymédication (résultats ajustés)

La distribution des résultats avec l'estimation bayésienne empirique montre également des écarts significatifs par rapport à la moyenne, aussi bien dans le domaine positif que dans le domaine négatif. L'utilisation de cet indicateur peut être recommandée, avec l'ajustement en fonction du risque.



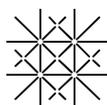


Figure 8 : Polymédication (résultat ajusté, interprétation voir figure 1)

3.9 Douleur – introduction

Deux groupes distincts ont été formés pour les deux indicateurs de qualité concernant la douleur. En introduction, nous décrivons ici comment ces deux sous-groupes ont été formés. Dans une première étape, nous avons examiné quels résidents ont une autoévaluation valable de la douleur, c.-à-d. ont donné des réponses valables pour les deux variables relatives à l'autoévaluation de la fréquence et de l'intensité de la douleur. Les résidents avec une autoévaluation valable ont été exclus de l'évaluation par des tiers. Dans l'étape suivante, les résidents avec une évaluation par des tiers valable, c.-à-d. avec des réponses valables pour les deux variables relatives à l'évaluation par des tiers de la fréquence et de l'intensité de la douleur, ont été pris en compte pour l'indicateur évaluation par des tiers. Les résidents sans autoévaluation ni évaluation par des tiers ont été exclus des calculs. Le tableau suivant présente le calcul des n valables pour chaque indicateur.

| | Total | BESA | Plaisir/Plex | RAI-NH |
|--|---------------|-------------|--------------|--------------|
| Nombre de résidents n | 11'412 | 3335 | 3176 | 4901 |
| Nombre de résidents avec autoévaluation valable n (%) ¹ | 9887 (86,6) | 2992 (89,7) | 2473 (77,9) | 4422 (90,2) |
| Nombre de résidents avec évaluation par des tiers valable n (%) ² | 11'331 (99,3) | 3254 (97,6) | 3176 (100,0) | 4901 (100,0) |
| Nombre de résidents avec IQ évaluation par des tiers (%) ³ | 1471 (12,9) | 289 (8,7) | 703 (22,1) | 479 (9,8) |
| Nombre de résidents sans autoévaluation ni évaluation par des tiers n (%) ⁴ | 54 (0,5) | 54 (1,6) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |

¹ Il y a une autoévaluation valable lorsqu'une valeur valable est donnée pour D140 – fréquence (jamais/pas quotidiennement/quotidiennement) et D141 – intensité (pas de douleur/légère/moyenne/forte/très forte). Correspond au nombre de résidents pour l'IQ autoévaluation.

² Il y a une évaluation par des tiers valable lorsqu'une valeur valable est donnée pour D147 – fréquence (jamais/pas quotidiennement/quotidiennement) et D148 – intensité (pas de douleur/légère/moyenne/forte/très forte).

³ Pas d'autoévaluation ET pas d'évaluation par des tiers

⁴ BESA est le seul instrument d'évaluation des soins requis qui admet l'option « ne peut pas être évalué » pour l'évaluation par des tiers, raison pour laquelle il peut y avoir des valeurs manquantes.

Tableau 18 : Réponses valables pour l'autoévaluation et l'évaluation par des tiers de la douleur

3.10 Douleur – autoévaluation

Dans l'indicateur douleur – autoévaluation, il y a au total 18,4 % de résidents avec douleur, le pourcentage pouvant monter jusqu'à 60,0 % par home. BESA (25,7 %) fournit des valeurs nettement plus élevées que RAI-NH (13,5 %) et Plaisir/Plex (18,2 %). Aussi bien le CCI1 que le CCI2 sont supérieurs aux seuils et confirment l'adéquation fondamentale de cet indicateur pour des comparaisons qualitatives.

| | Total | BESA | Plaisir/Plex | RAI-NH |
|---------------------------------|--------|------|--------------|--------|
| Nombre de résidents (n valable) | 11'412 | 3335 | 3176 | 4901 |

| | Total | BESA | Plaisir/Plex | RAI-NH |
|--|------------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| Exclusion : nombre de résidents sans autoévaluation (n) | 1525 | 343 | 703 | 479 |
| Nombre de résidents après l'application du critère d'exclusion (n) | 9887 | 2992 | 2473 | 4422 |
| Résidents avec IQ (%) | 1817 (18,4) | 770 (25,7) | 450 (18,2) | 597 (13,5) |
| Fourchette sur l'ensemble des homes (min. %-max. %) | 0,0-60,0 | 7,7-60,0 | 0,0-51,6 | 2,2-50,8 |
| % de homes avec 0 cas | 1,3 | 0,0 | 4,3 | 0,0 |
| Quartiles (Q1, Q2, Q3) | 10,0, 17,4, 27,7 | 21,3, 25,2, 32,8 | 7,7, 16,0, 27,3 | 8,4, 13,0, 17,1 |
| CCI1 (intervalle de confiance de 95 %) | 0,119 [0,087-0,149] | | | |
| CCI 2 (intervalle de confiance de 95 %) | 0,953 [0,931-0,962] | | | |

Tableau 19 : Autoévaluation de la douleur (critère d'exclusion appliqué, résultats non ajustés)

Pouvoir discriminant de l'indicateur. La représentation graphique de l'estimation bayésienne empirique montre qu'il y a aussi bien des homes avec un pourcentage significativement plus élevé de patients avec douleurs que des homes avec un pourcentage significativement moins élevé de patients avec douleurs.

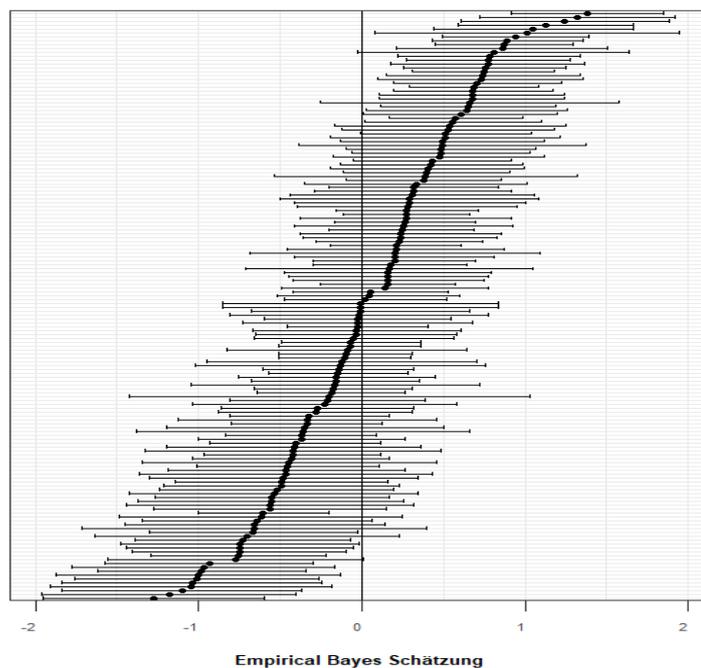


Figure 9 : Douleur – autoévaluation (résultat non ajusté, interprétation voir figure 1)

Les réflexions relatives aux critères d'exclusion et les différentes étapes des analyses pour l'ajustement en fonction du risque sont présentées dans les appendices E1 et E6.

Recommandations relatives aux critères d'exclusion. Tous les résidents sans autoévaluation valable de la douleur sont exclus.



Recommandations relatives à l'ajustement en fonction du risque. Sur la base des calculs décrits dans l'appendice E6, les variables suivantes sont finalement recommandées pour l'ajustement en fonction du risque de l'indicateur de qualité douleur – autoévaluation :

| Jeu de base de tous les indicateurs de qualité : | Variables supplémentaires, actuellement disponibles uniquement dans RAI-NH : | Contrôle de la dépendance aux soins : |
|--|---|---------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Durée de séjour • Sexe • Age • CPS • Degré de soins requis | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic arthrite • Prendre les décisions de la vie quotidienne • Depression Rating Scale | Aucun |

Tableau 20 : Variables pour l'ajustement en fonction du risque de l'indicateur de qualité douleur – autoévaluation (pour la description de la sélection, voir appendice E1)

Pouvoir discriminant de l'indicateur de qualité ajusté. Les CCI1 et CCI2 ont été recalculés sur la base de l'ajustement en fonction du risque (seulement jeu de base). Le CCI1 est plus élevé que le CCI2 (probablement du fait de l'échantillon légèrement plus réduit, en raison de valeurs manquantes dans la variable CPS incluse dans le modèle ajusté).

| | Total (non ajusté) | Total (ajusté) |
|---|------------------------|------------------------|
| CCI1 (Intervalle de confiance de 95 %) | 0,119 [0,087-0,149] | 0,134 [0,104-0,166] |
| CCI2 (Intervalle de confiance de 95 %) | 0,953 [0,931-0,962] | 0,896 [0,852-0,917] |

Tableau 21 : CCI1 et CCI2 pour la douleur – autoévaluation (résultats ajustés)

La distribution des résultats avec l'estimation bayésienne empirique montre également des écarts significatifs par rapport à la moyenne, aussi bien dans le domaine positif que dans le domaine négatif. L'utilisation de cet indicateur peut être recommandée, avec le critère d'exclusion proposé et l'ajustement en fonction du risque.

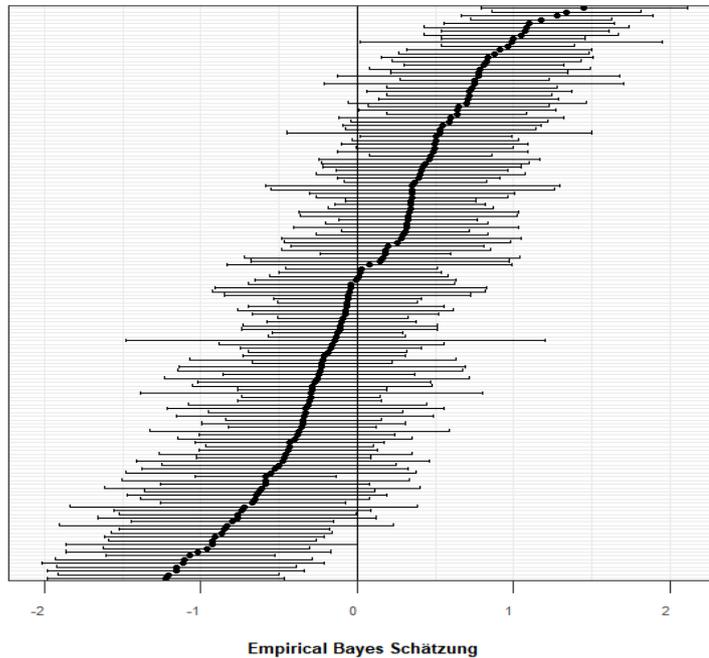


Figure 10 : Douleur – autoévaluation (résultat ajusté, interprétation voir figure 1)

3.11 Douleur – évaluation par des tiers

Pour l'indicateur douleur – évaluation par des tiers, le n est nettement plus petit que pour l'indicateur douleur – autoévaluation. A cela s'ajoute qu'il y a 14 homes (9,2 %) dans lesquels aucun résident ne tombe sous les critères d'exclusion de cet indicateur, c.-à-d. que tous les résidents ont pu évaluer eux-mêmes leurs douleurs.

Les résultats montrent nettement moins de résidents avec des douleurs dans RAI-NH (7,1 %) que dans BESA (18,7 %) et Plaisir/Plex (12,5 %). Aussi bien le CCI1 que le CCI2 sont supérieurs aux seuils et confirment l'adéquation fondamentale de cet indicateur pour des comparaisons qualitatives.

| | Total | BESA | Plaisir/Plex | RAI-NH |
|--|------------------------|------------------|----------------|----------------|
| Nombre de résidents (n valable) | 1525 | 343 | 703 | 479 |
| Exclusion : nombre de résidents sans évaluation par des tiers (n) | 54 | 54 | 0 | 0 |
| Nombre de résidents après l'application du critère d'exclusion (n) | 1471 | 289 | 703 | 479 |
| Résidents avec IQ (%) | 176 (12,0) | 54 (18,7) | 88 (12,5) | 34(7,1) |
| Fourchette sur l'ensemble des homes (min. %-max. %) | 0,0-100,0 | 0,0-100,0 | 0,0-66,7 | 0,0-50,8 |
| % de homes avec 0 cas | 43,5 | 33,3 | 32,6 | 60,4 |
| Quartiles (Q1, Q2, Q3) | 0,0, 6,7, 25,0 | 0,0, 16,7, 29,65 | 0,0, 8,6, 26,8 | 0,0, 0,0, 16,7 |
| CCI1 (intervalle de confiance de 95 %) | 0,205 [0,086-0,299] | | | |

| | Total | BESA | Plaisir/Plex | RAI-NH |
|--|------------------------|------|--------------|--------|
| CCI 2 (intervalle de confiance de 95 %) | 0,973 [0,923-0,982] | | | |

Tableau 22 : Evaluation de la douleur par des tiers (critère d'exclusion appliqué, résultats non ajustés)

Pouvoir discriminant de l'indicateur. La représentation graphique de l'estimation bayésienne empirique montre nettement moins de homes qui se distinguent significativement des autres homes (seuls 3 homes) que pour les autres critères. Cela suggère que cet indicateur est peu utile pour mettre en évidence des différences de qualité effectives, malgré des valeurs CCI favorables. La part élevée de homes avec 0 % fait qu'aucun home ne parvient à se distinguer dans le domaine inférieur du graphique.

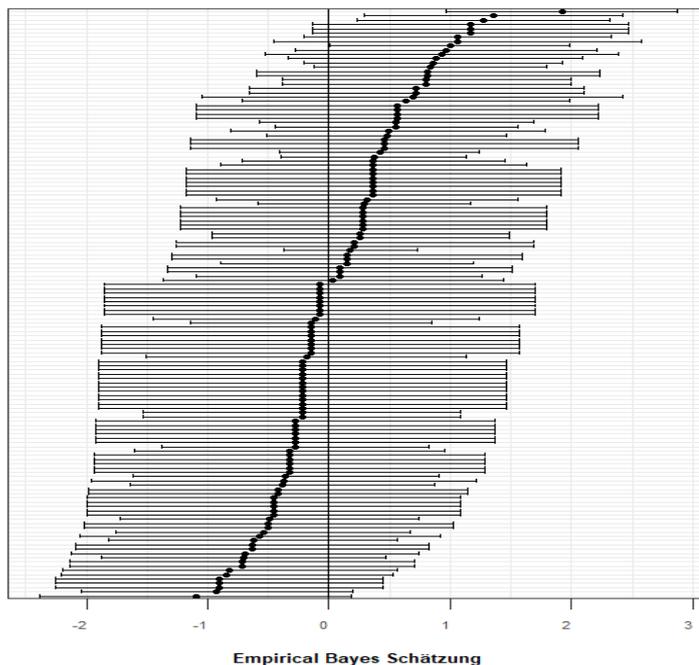


Figure 11 : Douleur – évaluation par des tiers (résultat non ajusté, interprétation voir figure 1)

Les réflexions relatives aux critères d'exclusion et les différentes étapes des analyses pour l'ajustement en fonction du risque sont présentées dans les appendices E1 et E7.

Recommandations relatives aux critères d'exclusion. Nous recommandons d'exclure tous les résidents ayant une autoévaluation valable.

Recommandations relatives à l'ajustement en fonction du risque. Sur la base des calculs décrits dans l'appendice E7, les variables suivantes sont finalement recommandées pour l'ajustement en fonction du risque de l'indicateur de qualité douleur – évaluation par des tiers :



| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| Jeu de base de tous les indicateurs de qualité : | Variables supplémentaires, actuellement disponibles uniquement dans RAI-NH : | Contrôle de la dépendance aux soins : |
| <ul style="list-style-type: none"> • Durée de séjour • Sexe • Age • CPS • Degré de soins requis | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic arthrite • Prendre les décisions de la vie quotidienne • Depression Rating Scale | Aucun |

Tableau 23 : Variables pour l'ajustement en fonction du risque de l'indicateur de qualité douleur – évaluation par des tiers (pour la description de la sélection, voir appendice E1)

Pouvoir discriminant de l'indicateur de qualité ajusté. Les CCI1 et CCI2 ont été recalculés sur la base de l'ajustement en fonction du risque (seulement jeu de base). Le CCI1 est plus élevé que le CCI2 (probablement du fait de l'échantillon légèrement plus réduit, en raison de valeurs manquantes dans la variable CPS incluse dans le modèle ajusté).

| | Total (non ajusté) | Total (ajusté) |
|---|------------------------|------------------------|
| CCI1 (Intervalle de confiance de 95 %) | 0,205 [0,086-0,299] | 0,223 [0,131-0,325] |
| CCI2 (Intervalle de confiance de 95 %) | 0,973 [0,923-0,982] | 0,941 [0,879-0,965] |

Tableau 24 : CCI1 et CCI2 pour la douleur – évaluation par des tiers (résultats ajustés)

La distribution des résultats avec l'estimation bayésienne empirique montre seulement quatre homes qui se distinguent significativement des autres.

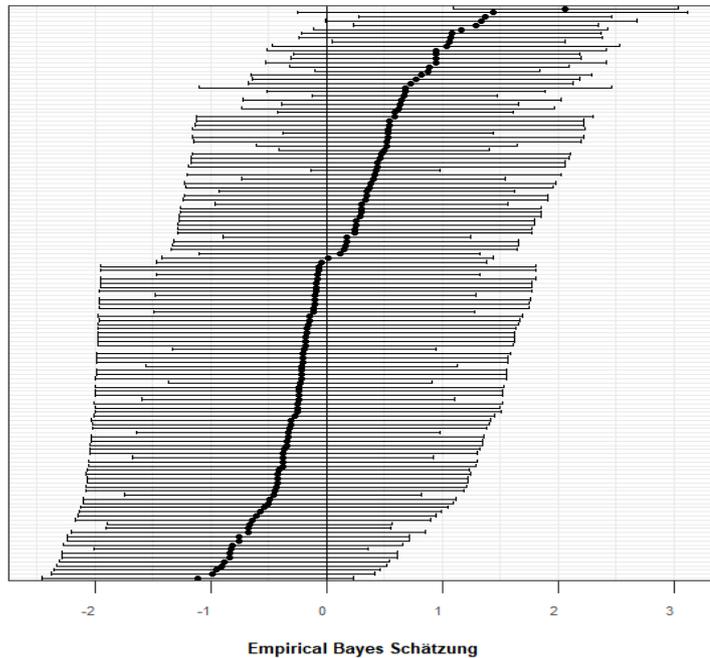


Figure 12 : Douleur – évaluation par des tiers (résultat ajusté, interprétation voir figure 1)

Du fait que dans près de 10 % des homes tous les résidents ont une autoévaluation de la douleur valable et que ces homes n'apparaissent par conséquent pas dans l'évaluation de l'indicateur douleur – évaluation par des tiers et que le pouvoir discriminant de cet indicateur est plutôt modeste, l'indicateur douleur – évaluation par des tiers n'est pas recommandé pour la mesure à l'échelle nationale. Il faudrait, pour cet indicateur, une mesure permettant une plus grande variabilité.

3.12 Vue d'ensemble de tous les indicateurs de qualité

Fondamentalement, tous les indicateurs de qualité hormis la douleur – évaluation par des tiers peuvent être recommandés pour la mesure à l'échelle nationale. Ils montrent un bon pouvoir discriminant pour les homes. Le tableau ci-après récapitule les éléments de calcul des indicateurs ainsi que les variables recommandées, pour chaque indicateur, comme critères d'exclusion et pour l'ajustement en fonction du risque. Les variables en italique ne sont actuellement pas disponibles dans tous les instruments d'évaluation des soins requis. L'évaluation à l'admission n'est pas encore mesurée de manière uniforme par les trois instruments d'évaluation des soins requis et est, de ce fait, également en italique.



| | Mesure | Ajustement en fonction du risque |
|--|---|---|
| Mesures limitant la liberté de mouvement – siège ne permettant pas de se lever/fixation du tronc | <p>Numérateur Tous les résidents de longue durée ayant connu, au cours des sept derniers jours, l'une des mesures suivantes limitant la liberté de mouvement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siège ne permettant pas de se lever de manière autonome - Fixation du tronc <p>Dénominateur Tous les résidents de longue durée hormis ceux qui remplissent un ou plusieurs critères d'exclusion</p> <p>Critères d'exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Application à la demande des résidents - <i>Evaluation à l'admission</i> - <i>Tétraplégie (exclusion ou prise de position)</i> | <p>Jeu de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée de séjour - Sexe - Age - Cognitive Performance Scale - Degré de soins requis <p><i>Recommandé en plus :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Agression physique contre des tiers</i> |
| Mesures limitant la liberté de mouvement – lits à barreaux | <p>Numérateur Tous les résidents de longue durée avec utilisation quotidienne, au cours des sept derniers jours, de lits à barreaux ou autres dispositifs sur tous les côtés ouverts du lit, empêchant les résidents de quitter leur lit de manière autonome</p> <p>Dénominateur Tous les résidents de longue durée hormis ceux qui remplissent un ou plusieurs critères d'exclusion</p> <p>Critères d'exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Application à la demande des résidents - <i>Evaluation à l'admission</i> - <i>Tétraplégie (exclusion ou prise de position)</i> | <p>Jeu de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée de séjour - Sexe - Age - Cognitive Performance Scale - Degré de soins requis <p>Pas d'autre ajustement en fonction du risque recommandé</p> |
| Malnutrition | <p>Numérateur Tous les résidents de longue durée avec une perte de poids de 5 % ou plus durant les 30 derniers jours ou 10 % ou plus durant les 180 derniers jours</p> <p>Dénominateur Tous les résidents de longue durée hormis ceux qui remplissent un ou plusieurs critères d'exclusion</p> <p>Critères d'exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Résidents avec une espérance de vie de moins de six semaines - Résidents avec évaluation à l'admission - <i>Résidents suivant un régime de perte de poids (exclusion ou prise de position)</i> | <p>Jeu de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée de séjour - Sexe - Age - Cognitive Performance Scale - Degré de soins requis <p>Pas d'autre ajustement en fonction du risque recommandé</p> |



| | Mesure | Ajustement en fonction du risque |
|--------------------------|---|--|
| Polymédication | Numérateur Tous les résidents de longue durée ayant pris neuf substances actives au cours des sept derniers jours Dénominateur Tous les résidents de longue durée Critère d'exclusion Aucun | Jeu de base : <ul style="list-style-type: none">- Durée de séjour- Sexe- Age- Cognitive Performance Scale- Degré de soins requis Pas d'autre ajustement en fonction du risque recommandé |
| Douleur – autoévaluation | Numérateur Tous les résidents de longue durée ayant rapporté les douleurs suivantes au cours des sept derniers jours : <ul style="list-style-type: none">- Douleurs quotidiennes d'intensité moyenne, forte ou très forte/insupportable OU- Douleurs non quotidiennes de très forte intensité/insupportables Dénominateur Tous les résidents de longue durée hormis ceux qui remplissent le critère d'exclusion Critère d'exclusion <ul style="list-style-type: none">- Tous les résidents sans réponse valable concernant l'autoévaluation de la fréquence ou de l'intensité de la douleur | Jeu de base : <ul style="list-style-type: none">- Durée de séjour- Sexe- Age- Cognitive Performance Scale- Degré de soins requis <i>Recommandé en plus :</i> <ul style="list-style-type: none">- <i>Diagnostic arthrite</i>- <i>Prendre les décisions de la vie quotidienne</i>- <i>Depression Rating Scale</i> |



| | Mesure | Ajustement en fonction du risque |
|--|--|---|
| Douleur – évaluation par des tiers (la mesure de cet indicateur de qualité n'est pas recommandée) | <p>Numérateur Tous les résidents de longue durée chez qui les douleurs suivantes ont été observées au cours des sept derniers jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Douleurs quotidiennes d'intensité moyenne, forte ou très forte/insupportable OU - Douleurs non quotidiennes de très forte intensité/insupportables <p>Dénominateur Tous les résidents de longue durée hormis ceux qui remplissent un ou plusieurs critères d'exclusion</p> <p>Critères d'exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous les résidents avec une autoévaluation valable de la fréquence et de l'intensité de la douleur - Tous les résidents sans réponse valable concernant l'évaluation par des tiers de la fréquence ou de l'intensité de la douleur | <p>Jeu de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée de séjour - Sexe - Age - Cognitive Performance Scale - Degré de soins requis <p><i>Recommandé en plus :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Diagnostic arthrite</i> - <i>Prendre les décisions de la vie quotidienne</i> - <i>Depression Rating Scale</i> |

Tableau 25 : Description de la mesure des indicateurs de qualité, avec critères d'exclusion et ajustement en fonction du risque

4. Recommandations

Ces recommandations s'adressent, d'une part, à l'OFSP pour l'utilisation des indicateurs de qualité, l'application des critères d'exclusion et l'ajustement en fonction du risque ainsi qu'à titre de perspective d'avenir. D'autre part, un chapitre s'adresse aux fournisseurs d'instruments concernant les modifications nécessaires des instruments d'évaluation des soins requis (4.5)

4.1 Utilisation des indicateurs de qualité

- Cinq des six indicateurs peuvent être recommandés comme indicateurs de qualité médicaux
 - Mesures limitant la liberté de mouvement – siège ne permettant pas de se lever/fixation du tronc
 - Mesures limitant la liberté de mouvement – lits à barreaux
 - Malnutrition
 - Polymédication
 - Douleur – autoévaluation
- Nous déconseillons d'utiliser l'indicateur douleur – évaluation par des tiers sous sa forme actuelle, en raison de sa variabilité insuffisante (on ne constate pratiquement pas de différences entre les homes), de la couverture incomplète des homes et du manque de stabilité. Du fait que cela élimine un indicateur qui aurait pu prendre en compte, notamment, des personnes avec une démence sénile avancée, nous recommandons de revoir cet indicateur. Une possibilité serait



d'utiliser un instrument d'évaluation des soins requis validé pour l'observation de l'intensité de la douleur et qui permettrait d'observer une plus grande variabilité.

- Nous déconseillons de combiner les résultats de l'évaluation par des tiers avec les résultats de l'autoévaluation. L'analyse montre que l'indicateur de l'autoévaluation est stable, contrairement à l'indicateur de l'évaluation par des tiers. La non-prise en compte de l'évaluation par des tiers permet d'éviter une détérioration de la fiabilité des mesures qui affecterait, dans le cas contraire, l'indicateur de l'autoévaluation. L'analyse montre qu'il est ainsi plus aisé de mettre en évidence des différences de qualité effectives.

4.2 Critères d'exclusion

- Fondamentalement, seuls les résidents de longue durée sont pris en compte pour la mesure des indicateurs de qualité. Les **résidents de courte durée** et autres invités ou résidents sont exclus de la mesure. Dans ce sens, nous recommandons, plus loin, la mesure d'une variable qualifiant le statut de la résidence.
- Les critères d'exclusion suivants sont recommandés pour les différents indicateurs de qualité :
 - **Utilisation de mesures limitant la liberté de mouvement à la demande des résidents** oui/non/indéterminé : l'utilisation de ce critère d'exclusion pour les deux indicateurs relatifs aux mesures limitant la liberté de mouvement est fortement recommandée. De cette manière, les indicateurs mettent l'accent sur le groupe vulnérable des résidents incapables de discernement.
 - **Evaluation à l'admission** oui/non : l'utilisation de ce critère d'exclusion pour l'indicateur malnutrition est impérative. Son utilisation est fortement recommandée pour l'indicateur mesures limitant la liberté de mouvement, si la variable rend effectivement compte d'une mesure intervenue dans les 14 jours à compter de l'admission.
 - **Espérance de vie** plus/moins de six semaines : l'utilisation de ce critère d'exclusion pour l'indicateur malnutrition est impérative.
- Deux critères d'exclusion pourraient être utilisés :
 - **Tétraplégie** oui/non (mesures limitant la liberté de mouvement) : cette variable peut être utilisée comme critère d'exclusion pour les mesures limitant la liberté de mouvement. Comme ce tableau clinique est plutôt rare, il serait aussi possible que les homes aient la possibilité de prendre position, lors de la publication des résultats. Cette variable n'est actuellement saisie que par RAI-NH.
 - **Suivi d'un régime de perte de poids** oui/non (malnutrition) : on ignore combien de résidents seraient effectivement exclus sur la base de ce critère. Dans le cadre du sondage en ligne, l'attention a toutefois été attirée plusieurs fois sur cette problématique concernant l'indicateur de qualité malnutrition, avec le souhait que les résidents suivant un tel régime soient exclus. Ici aussi, il serait possible de saisir nouvellement cette variable et de l'utiliser comme critère d'exclusion ou de donner aux homes la possibilité de prendre position, lors de la publication des résultats. Cette variable n'est actuellement saisie par aucun instrument.

4.3 Ajustement en fonction du risque

- Il existe un jeu de base de variables à utiliser impérativement pour tous les indicateurs de qualité : **durée de séjour (dichotomisé), sexe, âge, CPS, degré de soins requis**. Ces variables sont déjà mesurées par tous les instruments d'évaluation des soins requis.



- En fonction de l'indicateur, des variables supplémentaires sont recommandées pour l'ajustement en fonction du risque, voir également résumé en chap. 3.12. A ce jour, les variables proposées sont mesurées par RAI-NH ; quelques-unes sont nouvelles pour Plaisir/Plex et BESA. On tiendra compte des points suivants :
 - Les variables **agression physique contre des tiers** (mesures limitant la liberté de mouvement – siège ne permettant pas de se lever/fixation du tronc), **prendre les décisions de la vie quotidienne** (douleur) et l'échelle **Depression Rating Scale** (douleur) sont recommandées sans restriction. La Depression Rating Scale (7 éléments) est nouvelle pour BESA et Plaisir/Plex. L'agression physique contre des tiers (1 élément) peut être saisie sans problème avec un élément existant de BESA. Plaisir/Plex saisit également les agressions physiques, mais ne prévoit pas de période d'observation dans la question (dans RAI-NH et BESA, la question porte sur des agressions au cours des 7 derniers jours), ce qui influence le résultat.
 - **Diagnostic arthrite** (douleur) : cette variable présente près de 40 % de valeurs manquantes. Si cela ne peut pas être corrigé, cette variable ne pourra pas être utilisée pour l'ajustement en fonction du risque. Les données ne permettent pas de comprendre pour quelle raison cette variable présente un taux aussi important de valeurs manquantes. Sur ce point, l'OFSP peut contacter Q-Sys pour évaluer si une mesure complète est considérée comme réaliste. Dans le cas contraire, on peut renoncer à la mesure de cette variable. Bien que cette variable soit, selon la littérature, utilisée dans d'autres mesures, on peut se demander pourquoi ce diagnostic doit être contrôlé pour la douleur et pas pour d'autres également. L'avantage de cet ajustement n'est pas évident.
- La variable **degré de soins requis** devrait être centrée sur une valeur moyenne pour l'ajustement en fonction du risque, afin d'éviter un biais lié aux instruments d'évaluation des soins requis.
- On constate des **différences systématiques entre les instruments d'évaluation des soins requis** pour tous les indicateurs de qualité, y compris avec contrôle des variables au niveau des résidents (durée de séjour, sexe, âge, CPS, degré de soins requis). Nous déconseillons toutefois de contrôler pour l'instrument d'évaluation des soins requis utilisé, afin de ne pas atténuer des différences effectives entre les établissements. On ignore s'il s'agit de différences effectives ou de différences dans le mode de mesure ou de collecte des données.

4.4 Collecte des données

- **Comparaison avec SOMED.** Une clarification de la part de la Confédération concernant les groupements de homes est nécessaire, afin de préciser s'il faut les considérer comme un ou plusieurs établissements pour les indicateurs de qualité à comparer dans le cadre de SOMED. Pour une identification univoque des établissements et unités concernant les indicateurs de qualité, nous recommandons d'utiliser le Registre des entreprises et des établissements (REE).
- **Doublons.** Il faut une ID de résident unique et univoque, permettant d'identifier et d'éliminer les doublons.
- **Moment et durée du sondage.** En raison de l'intégration différente de la collecte des données dans Plaisir/Plex par rapport à BESA et à RAI-NH, la collecte des données prend plus longtemps avec Plaisir/Plex et ne peut pas être associée de manière univoque à la situation à l'admission. Sur ce point, l'OFSP doit édicter des prescriptions unifiées pour la collecte des données (p. ex. collecte avec IQM dans les 14 jours suivant l'admission, puis nouvelles évaluations au moins semestriellement ou en cas de modification de l'état de santé ; tout changement de home est considéré comme une nouvelle admission pour l'IQM).
- **Date de sortie variable.** Les exportations pour l'OFS doivent comprendre tous les résidents présents dans le home l'année du sondage et pas seulement ceux présents au moment de



l'exportation, comme c'était le cas pour ce projet pilote. La variable « date de sortie » doit être ajoutée au jeu de données, afin de pouvoir calculer correctement la durée du séjour.

- **Variables relatives à la fréquence et à l'intensité de la douleur.** Pour ce critère, on dispose des options de réponses « ne peut pas répondre » et « ne veut pas répondre ». Sur ce point, l'OFSP doit préciser si ces réponses sont souhaitées pour les exportations ou non.

4.5 Variables – recommandations pour les instruments d'évaluation des soins requis

Ci-après, nous formulons des recommandations pour la mesure des cinq indicateurs de qualité recommandés. Les différences dans le domaine de la mesure de la douleur par des tiers ne sont pas traitées ici.

- Les fournisseurs d'instruments **harmonisent les variables et options de réponses** des instruments d'évaluation des soins requis sur les points suivants :

Impératif :

- Evaluation à l'admission : il faut une variable définissant de manière univoque et sans valeurs manquantes s'il s'agit d'une évaluation à l'admission, c.-à-d. si l'évaluation des indicateurs de qualité a été effectuée et terminée dans les 14 jours suivant l'admission. Cela a les conséquences suivantes pour Plaisir/Plex :
 - Il faut la variable correspondante D101 dans l'IQM, du fait que les dates saisies par Plaisir et Plex ne permettent pas de générer une variable correspondante à partir de ces deux systèmes.
 - L'estimation dans l'IQM concernant les indicateurs de qualité doit être terminée dans les 14 jours suivant l'admission, afin d'assurer la comparabilité entre les trois instruments d'évaluation des soins requis.
Alternativement, Plaisir/Plex peut élaborer une autre solution permettant de constater si l'évaluation des indicateurs de qualité a été effectuée et terminée dans les 14 jours suivant l'admission.

En option :

- Autoévaluation fréquence et intensité de la douleur (D140 et D141) : BESA propose une option de réponse « ne peut pas être évalué », tandis que RAI-NH et Plaisir/Plex proposent les options « ne veut pas répondre » et « ne peut pas répondre ». Une harmonisation n'est pas nécessaire pour les indicateurs de qualité, mais tout au plus souhaitable pour d'autres types d'analyses de données nationales.
- Les fournisseurs d'instruments assurent impérativement que les variables peuvent être collectées **sans valeurs manquantes**.
 - Degré de soins requis : Plaisir/Plex présente plus de 5 % de valeurs manquantes. Nous voyons deux moyens d'y remédier (d'autres options peuvent éventuellement être développées d'entente avec Plaisir/Plex) :
 - Plaisir/Plex s'harmonise avec les deux autres instruments d'évaluation des soins requis et trouve un moyen de déterminer, dans les 14 jours, un degré de soins requis pour chaque résident.
 - Seuls sont pris en compte dans le calcul des indicateurs de qualité les résidents au-delà de 56 jours après leur admission (c'est-à-dire 8 semaines, le délai pour terminer une évaluation avec Plaisir et disposer d'une évaluation des soins requis). Cela entraîne toutefois une lacune dans la détermination de la qualité au début du séjour, alors que les résidents doivent obtenir des soins de qualité dès leur admission. Par ailleurs, cela gêne la comparabilité internationale des résultats pour les indicateurs existant également



dans d'autres pays, du fait qu'on exclut tous les résidents séjournant moins de huit semaines dans le home.

- Dans les deux cas, le degré de soins requis doit exister sous forme de variable autonome pour l'exportation, sans qu'elle doive être obtenue à partir de différentes sources.
- Comateux : Plaisir/Plex a 10,5 % de valeurs manquantes pour la variable comateux, ce qui entraîne un nombre correspondant de valeurs manquantes pour la CPS, du fait que le statut comateux est utilisé pour le calcul de celle-ci. Cette variable doit impérativement être disponible sans valeurs manquantes, éventuellement par l'intégration de celle-ci dans l'IQM.
- Mesures limitant la liberté de mouvement : RAI-NH a des valeurs manquantes concernant le contexte de la mesure, du fait qu'il permet de sauter la question si on répond, à la question précédente relative aux limitations effectives, que cette mesure ne limite pas la liberté de mouvement. Cela empêche de calculer l'indicateur de qualité pour la personne en question. Le guidage à travers le questionnaire doit être modifié.
- Les fournisseurs d'instruments modifient le **guidage à travers les questionnaires** sur les points suivants :
Impératif :
 - Guidages à travers les questionnaires pour la douleur : en présence d'une évaluation valable concernant la fréquence de la douleur (jamais, quotidiennement ou pas quotidiennement), la question concernant l'intensité de la douleur doit être traitée (autoévaluation ou évaluation par des tiers). Pour cet indicateur de qualité, il est important de ne pas simplement sauter la question relative à l'intensité si on répond « jamais » pour la fréquence, comme c'est le cas dans BESA et RAI-NH, mais d'indiquer 0 = pas de douleur, pour que les deux variables soient traitées et que l'indicateur puisse être calculé. Cela peut se faire en arrière-plan (c.-à-d. la valeur 0 = pas de douleur est complétée automatiquement dans le jeu de données si la fréquence est égale à 0 = jamais). Il n'est pas nécessaire de compléter l'instrument d'évaluation des soins requis avec l'option de réponse « pas de douleur » sous intensité de la douleur.
Pour les indicateurs de qualité, il n'est pas nécessaire de traiter les trois questions relatives à l'évaluation par des tiers si on dispose de réponses valables pour l'autoévaluation. Cela ne change toutefois rien au calcul des indicateurs de qualité si les réponses sont forcées pour l'évaluation par des tiers, y compris en cas de réponses complètes pour l'autoévaluation.
 - Mesures limitant la liberté de mouvement : en présence d'une mesure limitant la liberté de mouvement, la question relative au contexte de la mesure doit être traitée, pour le calcul de l'indicateur de qualité.

Recommandé :

- Mesures limitant la liberté de mouvement : si on indique, sous fréquence, qu'une mesure limitant la liberté de mouvement n'est pas appliquée, on peut sauter les questions suivantes concernant la limitation effective et le contexte de la mesure. Cela n'est pas le cas dans RAI-NH.
- Il est recommandé aux fournisseurs d'instruments d'évaluation des soins requis d'effectuer une **plausibilisation** des variables suivantes avant leur exportation ou de permettre aux utilisateurs de valider les valeurs introduites lors de leur introduction. Les homes doivent avoir la possibilité de prendre position sur les données non plausibles utilisées dans les rapports officiels. Les données de base comme la date de naissance ou la date d'admission peuvent éventuellement aussi être tirées du logiciel de l'administration, de manière à éviter des données erronées.

Tous :

- Date de l'évaluation (pas plus de 9 mois en arrière)
- Date d'admission (p. ex. pas plus de 50 ans en arrière)



- Date de naissance (pas moins de 18 ans en arrière)
- Mesures limitant la liberté de mouvement : si aucune mesure n'est appliquée, il ne faudrait rien cocher sous le point concernant la limitation effective ni sous le point concernant le contexte de la mesure. Si une mesure est appliquée, les deux points doivent être traités.
- Douleur : si une réponse valable est donnée concernant la fréquence, une réponse doit également être donnée concernant l'intensité.
- Polymédication : afficher, p. ex., un avertissement lors de l'introduction si la valeur est supérieure à 30 ou à une autre valeur limite définie par les fournisseurs d'instruments d'évaluation des soins requis.

BESA Care :

- Perte de poids (2 valeurs manquantes dans cette exportation ; BESA Care a déjà été contacté).

Comme il n'est pas encore défini si l'exportation des données doit se faire par les fournisseurs d'instruments d'évaluation des soins requis ou les homes, il est recommandé que la plausibilité des données soit contrôlée directement lors de l'introduction de celles-ci, p. ex. au moyen d'avertissements que la valeur introduite est en dehors de la fourchette attendue ou par la définition de champs obligatoires en fonction des réponses aux questions précédentes.

- Toutes les variables sont impérativement harmonisées dans un **format unifié** par les fournisseurs d'instruments d'évaluation des soins requis pour tous les instruments. Les exigences correspondantes sont consignées dans une description des variables, à laquelle peuvent se référer les fournisseurs d'instruments. Cette description des variables peut être basée sur l'appendice F2. Dans ce cadre, on tiendra compte des points suivants :

Tous :

- **Format unifié pour la date** pour toutes les dates (naissance, admission, sortie, évaluation) sur la base de l'usage de l'OFS.
- **Attribuer la réponse « valeur manquante »** aux variables sans incidence pour le calcul :
 - Plaisir/Plex : les variables relatives aux limitations effectives et au contexte des mesures limitant la liberté de mouvement ont un code 9 si aucune mesure n'est appliquée. La réponse « valeur manquante » peut être attribuée à cette variable, de manière analogue aux autres instruments d'évaluation des soins requis.
 - Tous : les options de réponses « ne peut pas être évalué » (BESA) et « ne peut pas répondre » ou « ne veut pas répondre » (RAI-NH, Plaisir/Plex) sont disponibles pour les variables relatives à la fréquence et à l'intensité de la douleur. Comme ces options de réponses ne sont pas comparables entre elles et sont sans incidence sur le calcul des indicateurs de qualité, elles peuvent être modifiées en « valeur manquante » avant l'exportation. Alternativement, on pourrait demander à BESA d'adapter ses options de réponses à celles des deux autres fournisseurs d'instruments d'évaluation des soins requis. Dans ce cas, on pourrait maintenir les codes correspondants.

BESA Care :

- **Modification du code des options de réponses** (voir appendice A1 pour les variables concernées)
- **Séparation de variables** : la variable comateux doit pouvoir être exportée sous forme de variable indépendante avec les options de réponses ou/non.
- **Regroupement de variables** pour
 - siège ne permettant pas de se lever, fréquence (10604-1, 10605/1)
 - fixation du tronc, fréquence (10604-4, 10604/1)
 - lit à barreaux, fréquence (10604-3, 10605/3)
 - polymédication (10304, 10304-texte)
 - autoévaluation fréquence de la douleur (10201, 10201-cant)



- autoévaluation intensité de la douleur (10202, 10202-cant, 10201)
- évaluation par des tiers fréquence de la douleur (10204, 10204-cant, 10203-1)
- évaluation par des tiers intensité de la douleur (10205, 10205-cant, 10203-1)

Plaisir/Plex :

- **Modification du code des options de réponses** (voir appendice A2 pour les variables concernées)

RAI-NH :

- **Modification du code des options de réponses** (voir appendice A3 pour les variables concernées)

- Les fournisseurs d'instruments d'évaluation des soins requis **complètent les données collectées et exportées** par les variables nécessaires pour le calcul, l'ajustement et la présentation des indicateurs de qualité. Il s'agit des variables suivantes :

Tous :

- Registre des entreprises et des établissements (REE) : pour l'identification univoque d'une entreprise et la comparaison avec la statistique SOMED
- Statut de séjour (longue durée, courte durée)
- Date de sortie (pour le calcul de la durée de séjour)
- Numéro d'identification des résidents

BESA :

- Comateux
- Espérance de vie inférieure à six semaines
- Variables pour la mesure de la Depression Rating Scale

Plaisir/Plex :

- Degré de soins requis : la variable est disponible en tant que variable indépendante sans valeur manquante et ne doit pas être composée à partir de Plex et de Plaisir
- CPS
- Variables pour la mesure de la Depression Rating Scale
- Agression physique

- Il est recommandé aux fournisseurs d'instruments d'évaluation des soins requis d'attirer l'attention sur les problématiques suivantes, dans des **manuels et des formations** :
 - Sensibilisation à l'**utilisation de la variable relative à l'espérance de vie**. Les utilisateurs semblent réticents à évaluer l'espérance de vie des résidents.
 - Formation approfondie de l'évaluation de la polymédication, notamment dans BESA, où des valeurs aberrantes ont été constatées.

4.6 Recommandations pour l'OFSP – perspectives

- **Développement de l'indicateur relatif à la douleur – évaluation par des tiers** avec une variabilité accrue. Il serait possible d'examiner si un instrument pour l'évaluation de la douleur par des tiers permet une plus grande variabilité des résultats. Une question non résolue concerne également la validité de l'autoévaluation : il est possible que des résidents déclarent ne pas ressentir de douleur alors que des signes non verbaux suggèrent des douleurs. Cela n'est pas pris en compte par la procédure proposée ici de séparation des deux groupes d'évaluations, à savoir l'autoévaluation et l'évaluation par des tiers, chaque autoévaluation étant actuellement considérée comme valable. Un plus grand nombre de résidents pourraient éventuellement passer dans le groupe de l'évaluation par des tiers si le personnel soignant pouvait indiquer s'il estime l'autoévaluation comme correcte. Il faudrait étudier les deux indicateurs relatifs à la douleur de manière approfondie, concernant leur validité, la séparation en deux groupes et la possibilité d'un pouvoir discriminant de l'indicateur évaluation par des tiers.



- **Différences entre les instruments** : les différences mises en évidence doivent être étudiées de manière approfondie, afin de déterminer s'il s'agit de différences effectives entre les groupes de résidents évalués par les différents instruments ou s'il y a des problèmes de mesure ou de collecte des données, et d'où proviennent ces problèmes. Méthodologiquement, cela peut être réalisé, p. ex., sous forme de comparaison des évaluations des mêmes résidents par les trois instruments.