



Universität
Basel

Medizinische Fakultät
Departement Public Health

Pflegewissenschaft
Nursing Science



inter*care*

Un modèle de soins pour renforcer
l'expertise gériatrique au sein
d'établissements médico-sociaux :
**le développement du modèle
INTERCARE et son contenu.**

Résumé



Le projet **INTERCARE** est financé par :



Gesundheitsversorgung
Nationales Forschungsprogramm



Un modèle de soins pour renforcer
l'expertise gériatrique au sein
d'établissements médico-sociaux :
**le développement du modèle
INTERCARE et son contenu.**

Résumé

Les auteurs :

Kornelia Basinska
Raphaëlle-Ashley Guerbaai
Michael Simon
Sabina De Geest
Nathalie I.H. Wellens
Christine Serdaly
Carlo De Pietro
Mario Desmedt
Reto W. Kressig
Dunja Nicca
Andreas Zeller
Anja Vaes
Franziska Zúñiga

À propos de ce rapport

Ce rapport peut être téléchargé sur notre site web :

www.intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/

Cette publication fait partie du rapport national de l'étude INTERCARE financée par le Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique (FNS) dans le cadre du programme national de recherche " Smarter Health Care " (PNR 74).

Ce résumé est disponible en anglais, français, allemand et italien.

Une liste complète des publications INTERCARE est disponible sur le site web :

www.intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/

En savoir plus sur notre travail

www.intercare.nursing.unibas.ch

Citation suggérée

Basinska, K. Guerbaai, R.A., Simon, M., De Geest, S., Wellens N.I.H., Serdaly, Ch., De Pietro, C., Desmedt, M., Kressig, R.W., Nicca, N., Zeller, A., Vaes, A., Zúñiga, F. (2021). *Un modèle de soins pour renforcer l'expertise gériatrique au sein d'établissements médico-sociaux : le développement du modèle INTERCARE et son contenu. Synthèse*. Téléchargé depuis le site Web de l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle :

<https://intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/>

Publié par :

Institut des sciences infirmières, Faculté de médecine,
Université de Bâle, 2021

INTERCARE™ est enregistré et protégé par une marque déposée.

Le matériel exclu comprend des images, des expériences personnelles et des graphiques provenant de tiers, y compris de particuliers.

© Institut des sciences infirmières, Faculté de médecine, Université de Bâle, 2021

Table des matières

1 – Introduction ... 3

2 – Étude INTERCARE ... 4

2.1 – Les éléments fondamentaux d'INTERCARE ... 4

2.2 – Stratégies de mise en œuvre ... 6

3 – Développement du modèle INTERCARE ... 8

3.1 – La revue littéraire (première étude) ... 8

3.2 – Analyse contextuelle (deuxième étude) ... 8

3.3 – Participation des parties prenantes (troisième étude) ... 10

3.4 – Participation des résident.e.s et des proches (quatrième étude) ... 11

4 – Synthèse ... 11

Acronymes et abréviations ... 14

Références ... 15

Remerciements

Ce rapport reflète les efforts de tous les membres du groupe de recherche INTERCARE, des établissements médico-sociaux (EMS) que nous avons visités lors de l'analyse contextuelle et des EMS qui ont participé à l'étude INTERCARE pendant deux ans.

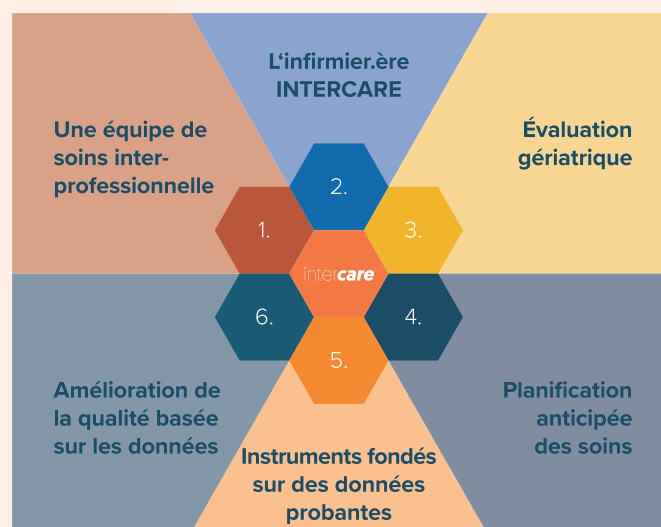
Le développement du modèle INTERCARE et ce rapport n'auraient pas été possibles sans les 14 EMS suisses qui ont pris part à l'analyse contextuelle, y compris leurs infirmières experts, leurs directeurs des soins et leurs médecins, qui ont rempli les questionnaires, participé aux entretiens et fourni des informations sur leurs modèles de soins. Nous les remercions pour leur temps et leurs efforts, tant pour les entretiens que pour la lecture et les corrections apportées sur les descriptions de leurs modèles.

Nous remercions également les 11 EMS qui ont participé à la partie mise en œuvre d'INTERCARE avec beaucoup d'efforts et d'enthousiasme, et qui étaient prêtes à s'engager pour un voyage d'une durée de deux ans et à partager leurs expériences avec nous. Au début de notre voyage, ils nous ont aidés à clarifier le contenu des éléments fondamentaux du modèle et ont donné leur avis sur tous les documents et outils nécessaires à une mise en œuvre réussie du modèle.

Le groupe de parties prenantes nous a beaucoup soutenus pendant toute la durée de l'étude. Leur contribution a permis d'élaborer un modèle de soins adapté au contexte suisse et de surmonter les obstacles à la mise en œuvre, ce qui a contribué à une intervention durable. Nous avons beaucoup apprécié leur engagement et leur participation.



INTERCARE – Améliorer les soins interprofessionnels pour de meilleurs résultats pour les résidents



INTERCARE est un modèle de soins géré par des infirmier.e.s pour les établissements médico-sociaux (EMS). Il postule l'introduction d'infirmier.e.s à rôle élargi ayant une expertise gériatrique pour améliorer les soins aux résidents, encadrer le personnel soignant dans le but général de réduire les hospitalisations non planifiées.

L'étude INTERCARE comprend deux phases :

- » **La Phase A,**
portant sur le développement d'un modèle de soins géré par des infirmier.e.s adapté au contexte suisse (2017-2018).
- » **La Phase B,**
qui concerne l'évaluation de la mise en œuvre et de l'efficacité clinique du modèle développé dans onze EMS en Suisse alémanique (2018-2020).

Ce rapport se concentre sur la phase de développement du modèle de soins géré par des infirmier.e.s adapté au contexte suisse - Phase A. Dans la première partie de ce rapport, nous décrivons le modèle de soins INTERCARE et ses six éléments fondamentaux. Dans la deuxième partie, nous décrivons comment le modèle a été développé.

Un autre rapport évaluant la mise en œuvre et l'efficacité clinique du modèle devrait être publié courant 2022 et comprendra des recommandations sur les pratiques et les stratégies qui aident à l'intégration du modèle.

I – Introduction

Les changements démographiques ont entraîné une demande croissante de soins adaptés à l'âge avancé dans les EMS [1]. Les résident.e.s sont admis dans les EMS à un âge avancé, avec des multimorbidités, souffrants de démence et avec des limitations dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) [2]. Ces résidents nécessitent souvent des soins centrés sur la personne qui demandent certaines ressources, notamment la gestion des soins chroniques, les soins palliatifs et la coordination des soins dispensés par des professionnels qualifié.e.s. Cependant, parallèlement à une demande croissante de soins plus adaptés, on constate une pénurie croissante de professionnel.le.s, et en particulier les infirmier.e.s qualifié.e.s et les médecins généralistes avec une expertise gériatrique [3]. Par conséquent, une grande partie des soins est réalisée par des aides soignant.e.s. ayant une formation brève et peu de connaissances gériatriques, et guidé.e.s par des assistant.e.s en soins et santé communautaire (ASSC¹). Ils/Elles manquent parfois de connaissances gériatriques spécifiques et ne sont pas formé.e.s pour gérer les maladies chroniques, pour détecter précocement la détérioration de l'état de santé ou pour traiter à temps les syndromes gériatriques. Il en résulte une augmentation des hospitalisations non planifiées (y compris les visites aux services d'urgence), ce qui constitue une difficulté supplémentaire pour les résidents des EMS (p. ex. des complications iatrogènes) et des coûts élevés pour le système de soins de santé. Au niveau international, entre 19% et 67% des hospitalisations sont considérées comme inappropriées [4]. Une estimation a montré qu'en Suisse, les hospitalisations inappropriées coûtent jusqu'à 105 millions de francs suisses par an [5].

Ces défis poussent les EMS à repenser de façon plus efficace l'utilisation des ressources existantes. Les infirmier.e.s qualifié.e.s sont clés dans les soins de longue durée et il est important d'utiliser et de renforcer leurs compétences de manière optimale afin de garantir une expertise gériatrique dans les EMS et d'améliorer la qualité de vie. Dans ce sens, plusieurs pays ont introduit et testé différents modèles gérés par des infirmier.e.s [6-10]. Dans ces modèles de soins, ce sont principalement des infirmier.e.s de pratique avancée (APN), c'est-à-dire des infirmier.e.s formées au niveau Master [11] ayant des compétences en gériatrie qui prennent

en charge le leadership clinique au sein des EMS. Les infirmier.e.s de pratique avancée, en tant que coordinatrice.s des équipes de soins interprofessionnelles, assurent la continuité et la cohérence des soins et donnent aux équipes soignantes les moyens de fournir des soins gériatriques adéquats répondant aux besoins des résident.e.s [6-10]. Cependant, les infirmier.e.s de pratique avancée sont en nombre restreint en Suisse, comme dans d'autres pays européens [12]. Par ailleurs, ces modèles de soins gérés par des infirmier.e.s sont constitués de multiples éléments fondamentaux, impliquant différents professionnel.le.s paramédicaux et médicaux - tels que des infirmier.e.s, des ASSC, des médecins ou des physiothérapeutes - chacun ayant des modèles de pratique (c'est-à-dire des normes ou des méthodes de soins) et des champs d'exercice (procédures, actions ou cahier des charges) différents. Cela rend ces modèles de soins complexes à développer, à mettre en œuvre et à maintenir. Pour répondre aux écueils évoqués et développer un modèle de soins géré par des infirmier.e.s de manière durable, l'étude INTERCARE a été conçue en utilisant les principes des sciences de l'implémentation.

¹En Suisse ASSC désigne la profession d'assistant.e en soins et santé communautaire. Il s'agit d'une formation de trois ans dans le domaine des soins de santé débouchant sur un Certificat fédéral de capacité (CFC). Elle est comparable à celle d'un " licensed practical nurse / licensed vocational nurse " aux États-Unis, ou à celle d'un " nursing associate " au Royaume-Uni. Un.e assistante en soins et santé communautaire n'est pas désignée comme une infirmière en Suisse. Les infirmier.e.s qualifié.e.s sont titulaires d'une formation d'au moins trois ans.

2 – Étude INTERCARE

L'étude INTERCARE a été conçue pour relever certains des défis actuels dans les EMS suisses en développant un modèle de soins géré par des infirmier.e.s et guidé par les principes des sciences de l'implémentation [13]. Les principes clés des sciences de l'implémentation mobilisés pour le développement du modèle ont été une analyse contextuelle combinée à la participation des parties prenantes ; ils ont guidé la définition des stratégies de mise en œuvre et une approche axée sur la théorie basée sur le " Cadre consolidé pour la recherche dans le domaine de l'implémentation " (Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)) [14].

L'analyse contextuelle a été menée pour appréhender et comprendre les différents éléments des modèles gérés par des infirmier.e.s en place dans les EMS suisses, se concentrant ainsi sur ce qui est pertinent et ce qui fonctionne dans les EMS. En outre, elle nous a permis d'identifier les facteurs susceptibles de favoriser (c'est-à-dire les facilitateurs) ou d'entraver (c'est-à-dire les obstacles) la mise en œuvre du modèle. Les facilitateurs et les obstacles identifiés ont permis de définir des stratégies de mise en œuvre pour améliorer l'adoption du modèle (par exemple, en fournissant une formation ou un soutien aux EMS) [15].

2.1 – Les éléments fondamentaux d'INTERCARE

Le modèle de soins infirmiers INTERCARE comprend **six éléments fondamentaux**. Chaque élément de base est constitué d'exigences minimales, que les EMS doivent obligatoirement mettre en œuvre, et d'exigences périphériques que les EMS sont libres d'adapter en fonction de leurs besoins et ressources disponibles. Les six éléments fondamentaux sont les suivants :

1. Une équipe de soins interprofessionnelle :

La prestation de soins avec un focus gériatrique est complexe. Elle ne peut être assurée avec succès que si l'on tient compte de l'expertise de différentes professions. Dans le cadre d'INTERCARE, nous avons défini l'équipe de soins interprofessionnelle comme étant composée d'au moins deux professionnels différents : des infirmier.e.s, des médecins généralistes, des représentants des professions thérapeutiques ou des travailleurs sociaux, travaillant ensemble pour

répondre aux besoins individuels des résident.e.s [16].

L'exigence minimale pour cet élément est la définition d'une structure définie facilitant la communication entre deux professionnels différents (p. ex : des réunions, des visites) et la communication de ce dispositif et de son fonctionnement au sein de l'EMS. Nous attendions des équipes de soins qu'elles assurent la liaison avec les professionnels concernés pour résoudre les problèmes des résident.e.s. Nous avons également encouragé les EMS à réfléchir au rôle de l'infirmier.ère INTERCARE pour soutenir la communication des équipes de soins et des médecins généralistes en tant qu'exigence périphérique.

2. L'infirmier.ère INTERCARE :

L'infirmier.ère INTERCARE est l'élément central d'INTERCARE. L'infirmier.ère INTERCARE doit être embauchée par l'EMS et y travailler. Il s'agit d'un.e infirmier.ère diplômé.e, qui devrait avoir au moins trois ans d'expérience dans les soins de longue durée et travailler un minimum de 60 % pour 80 résident.e.s sous sa responsabilité (c'est-à-dire 25 heures par semaine pour 80 résident.e.s). L'infirmier.ère INTERCARE est intégré.e à la pratique clinique et son activité principale consiste à encadrer et à soutenir les équipes soignantes dans le processus de prise de décision lors de situations complexes concernant les résident.e.s et dans leurs soins généraux. L'encadrement et le soutien de l'infirmier.ère INTERCARE doivent permettre au personnel soignant de gérer efficacement les problèmes aigus, de surveiller les maladies chroniques et de gérer les symptômes gériatriques. L'infirmier.ère INTERCARE soutient ou dirige les conversations avec les résident.e.s et les proches afin de répondre aux besoins et attentes individuels. En outre, l'infirmier.ère INTERCARE aide les équipes de soins à préparer les visites chez le médecin généraliste ou à communiquer oralement afin d'influencer la collaboration interprofessionnelle et d'assurer une communication efficace entre les résident.e.s, les équipes de soins et les médecins généralistes. L'objectif de ce rôle est d'améliorer les résultats cliniques des résident.e.s, leur qualité de vie et de réduire les hospitalisations non planifiées (y compris les transferts vers les services d'urgence).

Le degré d'implication de l'infirmier.ère INTERCARE dans l'amélioration de la qualité est une exigence périphérique et dépend de la structure de l'EMS ainsi que de la capacité et de l'expérience de l'infirmier.ère INTERCARE. De même,

la mesure dans laquelle l'infirmier.ère INTERCARE est responsable de l'intégration de l'évaluation gériatrique dans la pratique dépend de son expérience antérieure, et des possibilités spécifiques de l'EMS d'offrir ou de soutenir une formation complémentaire, sous la supervision d'un médecin généraliste.

3. Évaluation gériatrique :

L'évaluation gériatrique est un processus multidimensionnel et interdisciplinaire visant à évaluer les besoins du / de la résident.e en matière de soins et de traitements, et à établir un plan de soins interprofessionnel pour promouvoir le bien-être et l'autonomie du / de la résident.e [17]. L'infirmier.ère INTERCARE doit procéder à une évaluation complète des besoins des résident.e.s en incluant les dimensions physiques, fonctionnelles, mentales, sociales et économiques qui affectent le bien-être des résidents.es. Au minimum, les infirmier.e.s doivent réfléchir aux instruments d'évaluation validés qui conviennent pour réaliser une évaluation complète, en discuter avec les médecins généralistes et les mettre en œuvre. Les EMS sont libres de choisir les instruments d'évaluation qu'ils souhaitent introduire, les personnes qui doivent les utiliser (p. ex, toutes les infirmier.e.s ou uniquement l'infirmier.ère INTERCARE, les physiothérapeutes) et le moment de leur mise en œuvre.

4. Planification anticipée des soins :

Le développement du projet anticipé des soins (PAS) est un processus continu visant à clarifier principalement les préoccupations, les souhaits et les besoins des résident.e.s, mais aussi des proches et/ou des représentants légaux concernant les soins thérapeutiques. Ceci a pour but d'inclure les résident.e.s ainsi que leur entourage dans le PAS [18]. Les conversations à propos du PAS nécessitent une formation et demandent du temps et des ressources. Dans le cadre du projet, nous avons limité les exigences minimales aux conversations avec les résident.e.s nouvellement admis, sur quatre thèmes : l'existence de directives anticipées, leurs souhaits concernant la réanimation, l'hospitalisation éventuelle en cas d'urgence, que ce soit pour des mesures de prolongation de la vie ou pour le soulagement des symptômes ; et les souhaits concernant l'antibiothérapie en tant que mesure de prolongation de la vie ou de soulagement des symptômes. Nos attentes portent sur la documentation par l'EMS quant aux choix effectués à la suite de la conversation sur le PAS, soit au refus du / de

la résident.e d'avoir une conversation à propos du PAS. De plus, nous demandons aux EMS de mettre en place des processus pour que des directives d'urgence soient prêtes avant le week-end pour les résident.e.s dont l'état est instable. En tant qu'exigence périphérique, les EMS sont libres de décider qui a la responsabilité de mener les conversations dans le cadre du PAS.

5. Instruments fondés sur des données probantes :

Trois instruments soutiennent le processus de communication et la réflexion sur les hospitalisations dans les équipes de soins [8].

» **STOP&WATCH** permet aux aides soignant.e.s de guider leurs observations pour détecter les changements précoces chez les résident.e.s et de les communiquer efficacement au ASSC ou aux infirmier.e.s, leur permettant ainsi d'assurer le suivi du changement observé [8]. En tant qu'exigence périphérique, les EMS pourraient étendre l'utilisation de STOP&WATCH à tout le personnel de l'établissement, comme le personnel de l'intendance, d'animation, les thérapeutes ou les visiteurs.

» L'acronyme **ISBAR** signifie Identification, Situation, Contexte, Évaluation et Recommandation. ISBAR est un instrument de communication facile à mémoriser qui encadre toute conversation, en particulier les conversations en situation critique, nécessitant l'attention et l'action immédiates du / de la clinicien.ne [8]. Dans le cadre de l'exigence minimale, ISBAR devrait être utilisé par tous.tes les infirmier.e.s et ASSC lorsqu'ils.elles contactent un.e médecin généraliste dans des situations où la santé d'un.e résident.e se détériore.

» Le dernier instrument obligatoire à mettre en place par l'infirmier.ère INTERCARE est " **l'instrument de réflexion** " qui permet de réaliser une analyse en profondeur des causes de chaque transfert non planifié [8]. L'analyse des causes racines permet de comprendre comment et pourquoi un transfert s'est produit et de discuter de la manière d'éviter des transferts similaires à l'avenir. L'infirmier.ère INTERCARE discute du transfert avec les personnes concernées. Avec les responsables de l'EMS, ils peuvent discuter des schémas possibles et des raisons d'être des hospitalisations non planifiées, pour mettre en place des interventions ciblées.

» En tant qu'exigence périphérique, les EMS peuvent mettre en œuvre divers **protocoles de soins** pour soutenir la prise de décision clinique [8]. Les protocoles de soins énumèrent les différentes tâches ou interventions des professionnels impliqués dans les soins des résident.e.s de façon définie, optimisée et séquencée, si un symptôme spécifique est détecté tel qu'une fièvre ou une dyspnée. Cela aide le personnel à décider quand une évaluation clinique doit être faite et qui en a la responsabilité. Les EMS peuvent décider si, comment et quand ils souhaitent mettre en place ces protocoles de soins. Le groupe de recherche a mis à disposition des protocoles pour sept symptômes et différentes pathologies tels que : l'essoufflement, la fièvre, symptômes gastro-intestinaux, l'insuffisance cardiaque, les infections urinaires et les infections respiratoires.

Les instruments **STOP&WATCH** et **ISBAR** peuvent être téléchargés en allemand sur notre site web :

<https://intercare.nursing.unibas.ch/downloads/>

Les instruments STOP&WATCH, ISBAR, l'instrument de réflexion et les protocoles de soins, ont été adaptés du programme INTERACT " Interventions to Reduce Acute Care Transfers " [8]. INTERACT est un programme d'amélioration de la qualité conçu pour améliorer l'identification, l'évaluation et la communication des changements de statut des résidents. INTERACT® a été conçu pour la première fois dans le cadre d'un projet soutenu par les Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Vous trouverez de plus amples informations à l'adresse suivante : <https://pathway-interact.com>

6. Amélioration de la qualité basée sur les données :

Pour surveiller et améliorer la qualité, un EMS a besoin d'un système structuré en place pour guider les changements organisationnels, afin d'améliorer un problème identifié dans la qualité des soins. Sur la base des données relatives aux résident.e.s (par exemple, celles du RAI-NH, des indicateurs de qualité), les EMS peuvent décider des thèmes sur lesquels ils souhaitent travailler et mettre en place des mesures d'amélioration de la qualité selon le cycle Plan-Do-Check-Act (PDCA). Durant le projet, le groupe de recherche a analysé les données d'hospitalisations et les indicateurs de qualité nationaux (p.ex. le recours à la contrainte physique, la perte de poids, la douleur, la polymédication) et a fourni les résultats sous forme

de rapports d'analyse comparative, aux EMS. L'objectif était de discuter régulièrement des résultats et d'aider les EMS à résoudre les problèmes identifiés. Comme exigence minimale, les EMS peuvent décider qui est responsable de l'interprétation des résultats et de la mise en place des mesures d'amélioration de la qualité.

2.2 – Stratégies de mise en œuvre

Sur la base de l'analyse contextuelle guidée par le CFIR [14], qui comprend la description de 14 EMS suisses travaillant avec des modèles de soins gérés par des infirmiers.ères, nous avons identifié les facteurs, c'est-à-dire les obstacles et les facilitateurs, qui peuvent influencer la mise en œuvre du modèle. Nous avons utilisé les facteurs identifiés pour définir un ensemble de **stratégies de mise en œuvre** [15]. Une stratégie de mise en œuvre est une action utilisée pour améliorer la mise en place des six éléments fondamentaux du modèle dans le contexte réel. Nous avons déterminé des stratégies basées sur la compilation des recommandations d'experts.es pour la mise en œuvre du changement (ERIC) [15-19] :

Promouvoir l'adaptabilité :

Comme expliqué ci-dessus, tous les éléments fondamentaux ont des exigences minimales et périphériques. Les exigences minimales d'INTERCARE sont des pièces essentielles et indispensables pour le modèle INTERCARE, et ne sont pas adaptables. Les exigences périphériques peuvent être adaptées aux EMS individuels de sorte qu'elles correspondent aux structures et processus existants. Cette possibilité d'adapter les exigences périphériques du modèle augmente l'acceptabilité et la faisabilité des modèles. Les horaires de travail de l'infirmier.ère INTERCARE sont un exemple d'exigence périphérique.

Évaluer l'état de préparation au changement :

Sur la base de l'analyse contextuelle, il est clair que sans la volonté explicite des dirigeants des EMS et leur préparation au changement, un modèle de soins géré par des infirmier.e.s ne peut être mis en œuvre avec succès. Par conséquent, le groupe de recherche a soutenu les dirigeant.e.s de l'EMS pendant la préparation et la mise en œuvre du changement. Au cours de la phase de préparation, les dirigeant.e.s des EMS sont invités à réfléchir et discutent

collégalement de la vision qu'ils ont du modèle et de la volonté et de la motivation du personnel à changer les modèles de pratique en vigueur dans l'établissement.

Obtenir des engagements formels :

INTERCARE étant une étude de recherche, l'engagement formel des EMS pour la mise en œuvre du modèle INTERCARE est nécessaire.

Identifier les obstacles et les facilitateurs :

Tous les EMS sont uniques en termes de ressources ou de configurations quant à leur direction, les obstacles et les facilitateurs diffèrent ainsi d'un EMS à l'autre. Au cours de la période de préparation avant la mise en œuvre, les EMS sont invités à évaluer les obstacles possibles et élaborent des stratégies pour les surmonter. Les stratégies visent par exemple des facteurs tels que le soutien limité des médecins généralistes au rôle d'infirmier.ère INTERCARE, les difficultés à recruter un.e infirmier.ère INTERCARE ou les taux de fluctuation élevés. Le groupe de recherche discute avec les EMS individuellement de la meilleure façon d'identifier les obstacles et les facilitateurs et de les aborder ensemble.

Créer de nouvelles équipes cliniques :

Chaque EMS met en place une équipe spécifique pour soutenir la mise en œuvre du modèle. Dans certains EMS, l'infirmier.ère INTERCARE va créer par exemple des groupes de travail avec des " champions d'unité " qui superviseront la mise en place dans les unités. Tout membre de l'équipe de soins peut devenir un " champion " après avoir suivi une formation et bénéficié d'un soutien.

Programme d'apprentissage mixte pour l'infirmière INTERCARE :

Les infirmier.ère INTERCARE ont des expériences cliniques et/ou des formations différentes en raison de leur formation de base d'infirmier.ère diplômé.e (pays ou année de formation). Par conséquent, pour aligner les compétences importantes une préparation est nécessaire, notamment pour les infirmier.e.s novices assumant le rôle d'infirmier.e INTERCARE. Un programme d'apprentissage mixte dans le cadre de l'étude INTERCARE a été développé, comprenant des modules de leadership clinique et de communication, d'évaluation gériatrique multidimensionnelle, de directives anticipées des soins, de syndromes gériatriques, d'affections chroniques, de symptômes aigus, de gestion

des médicaments et d'amélioration de la qualité basée sur les données. Ce programme a été élaboré pour renforcer l'expertise gériatrique des infirmier.ères INTERCARE et les préparer à leur rôle. Le programme **est dynamique** et intègre diverses méthodes d'apprentissage telles que l'apprentissage en ligne, l'auto-évaluation, la réflexion, les réunions en face à face et l'encadrement par des infirmier.e.s expertes. En outre, le groupe de recherche a élaboré et **distribué du matériel pédagogique** pour guider l'introduction d'instruments fondés à partir de données probantes.

Soutien continu des EMS :

Pour améliorer continuellement la qualité des soins, les EMS doivent être à même de comprendre les résultats issus de leurs données ; par conséquent, l'équipe de recherche fournit une **assistance technique** pour la gestion des données et organise des réunions pour approfondir les discussions. De plus, l'équipe de recherche est disponible **en consultation pour chaque EMS**, selon les besoins. L'équipe de recherche se rend dans les EMS tous les deux mois pour discuter de l'introduction des éléments fondamentaux, des obstacles et des facilitateurs et aborde les questions ouvertes avec les dirigeants des EMS et les infirmier.ère INTERCARE. En outre, pour le soutien des infirmier.ères INTERCARE, le coordinateur du projet (membre du groupe de recherche) organise des appels téléphoniques toutes les deux semaines avec chaque infirmier.ère INTERCARE pour discuter des défis individuels et de leurs progrès dans le développement de leur rôle, afin d'assurer un transfert efficace des connaissances.

Sur la base des hospitalisations non planifiées et des données des indicateurs de qualité nationaux, l'équipe de recherche effectue un audit de la **qualité des EMS et fournit un retour d'information**. Ceci contribue à l'identification des domaines à améliorer et guide la définition d'éventuelles actions à entreprendre. Afin d'évaluer la perception du personnel de santé sur l'environnement de travail et sur le modèle de soins nouvellement introduit, des enquêtes sont menées avant la mise en place et, six et douze mois après l'introduction du modèle. Les résultats sont transmis aux EMS sous forme de rapports à chaque intervalle.

3 – Développement du modèle INTERCARE

En tant qu'étude scientifique axée sur une recherche action prenant appui sur les sciences de l'implémentation, le développement du modèle INTERCARE s'est appuyé sur quatre études différentes : 1) l'identification d'études scientifiques décrivant des modèles de soins internationaux gérés par des infirmier.e.s qui ont démontré une réduction des hospitalisations non planifiées 2) la réalisation d'une analyse contextuelle avec des études de cas pour mieux comprendre les modèles de soins déjà en place en Suisse 3) informer le domaine de compétence de l'infirmier.ère INTERCARE en incluant les recommandations des parties prenantes et 4) l'inclusion des avis des résident.e.s et des proches concernant leur prise en charge lors de situations complexes liées à leur état de santé. Le développement des éléments fondamentaux du modèle INTERCARE s'est basé sur le CFIR [14].

3.1 – La revue littéraire (première étude)

Lors d'une première étude, nous avons identifié grâce à une revue de la littérature cinq modèles internationaux géré par des infirmier.e.s et fondés sur des données probantes, avec pour objectif de réduire les hospitalisations et les visites aux urgences [6-10]. Ces modèles ont inspiré le contenu des éléments fondamentaux du modèle INTERCARE. Le premier élément commun identifié dans les cinq modèles est le déploiement des infirmier.e.s de pratique avancée (" Advanced practice nurse " APN). Dans ces modèles, les APN font partie de l'équipe interprofessionnelle, travaillent en pratique clinique, effectuent des évaluations cliniques, et gèrent les maladies épisodiques et chroniques. L'APN encadre les équipes de soins, assure un leadership clinique et facilite la collaboration interprofessionnelle.

En outre, trois des cinq modèles identifiés ont travaillé avec INTERACT (Interventions to Reduce Acute Care Transfers), un programme axé sur l'identification précoce, l'évaluation et la gestion des conditions aiguës des résident.e.s, afin de réduire les transferts hospitaliers [8]. Pour réduire les transferts, INTERACT travaille avec des " champions " présents sur les unités et fournit différents instruments tels que STOP& WATCH, ISBAR, des instruments de réflexion et des documents qui aident la mise en place des directives avancées [8].

3.2 – Analyse contextuelle (deuxième étude)

Dans la deuxième étude, nous avons effectué une analyse contextuelle avec des études de cas d'EMS suisses. L'objectif de l'analyse contextuelle était double. Sur la base des études de cas des 14 EMS, nous avons pu élargir notre compréhension à propos des éléments de modèles suisses qui ont été jugés appropriés et faisable pour le contexte suisse [20]. L'exploration des compétences et des résultats obtenus par les infirmier.e.s expert.e.s qui dirigent ces modèles était une partie essentielle de l'analyse contextuelle. Ensuite, nous avons identifié les obstacles et les facilitateurs qui ont favorisé ou entravé la mise en œuvre des modèles. Sur la base des obstacles et des facilitateurs, nous avons élaboré les stratégies de mise en œuvre décrites ci-dessus. **L'analyse contextuelle comprend 14 études de cas** d'EMS travaillant avec un modèle de soins géré par des infirmier.e.s. provenant des trois régions linguistiques de la Suisse. Nous avons résumé les résultats dans une synthèse transversale qualitative.

Études de cas (EMS suisses)

La synthèse des cas a révélé deux éléments communs à tous les modèles suisses. Le premier élément est le travail des infirmier.e.s experts.es (c'est-à-dire au-delà du champ d'activité d'un.e infirmier.ère classique), désignées internationalement sous le nom d'infirmier.e.s exerçant dans des rôles élargis [21]. Le deuxième élément commun est l'utilisation des données pour améliorer la qualité.

Sur la base des études de cas, il est apparu que c'est bien une combinaison de motifs, en lien avec des besoins et une vision, qui ont poussé les EMS à réfléchir au développement d'un modèle de soins. Il s'agissait notamment de mieux répondre aux besoins des résidents.es, de mieux utiliser les ressources disponibles, pour pallier des problèmes de personnel soignant ou à l'occasion d'un processus de restructuration de l'EMS. Les infirmier.e.s experts.es et la direction des EMS ont dû travailler en étroite collaboration pour développer le(s) rôle(s) des infirmier.e.s experts.es et échanger régulièrement des informations et des idées afin de construire une vision commune pour développer la qualité des soins. Ceci a également contribué à faciliter l'introduction des modèles dans les différents EMS. Par conséquent, les modèles analysés dans l'étude de cas ont été continuellement adaptés en fonction des changements internes, des besoins et des attentes en matière de soins.

Rôles des infirmier.e.s expert.e.s suisses

Les infirmier.e.s experts.es ont une formation dans des domaines spécialisés, tel qu'un " Certificat d'études avancées (CAS) " en démence ou " un Diplôme d'études avancées (DAS) " en soins palliatifs, et deux d'entre elles sont des APN avec un Master en Sciences Infirmières. Les EMS ont adapté les rôles des infirmier.e.s experts.es à leurs compétences et à leurs forces, ce qui a répondu à leurs besoins.

Nous avons décrit le contenu des rôles **d'infirmière expert.e** selon le cadre de Hamric pour la pratique avancée des soins infirmiers [22]. Le modèle d'Hamric comprend sept domaines de compétences : **la pratique clinique, l'encadrement, le leadership clinique et professionnel, la collaboration interprofessionnelle, la prise de décision éthique et les compétences en recherche** [22]. Les compétences en recherche sont le domaine d'expertise le moins développé chez les infirmier.e.s experts.es. Dans le domaine des compétences en recherche, les infirmier.e.s experts.es se concentrent généralement sur l'utilisation d'informations fondées sur des données probantes pour informer les procédures paramédicales ou mettre à jour les protocoles. La plupart des infirmier.e.s experts.es se sont concentré.e.s exclusivement sur une fonction clinique approfondie, et peu l'ont combinée avec un poste de gestion (p.ex. chef.fe de service). Certain.e.s travaillaient dans un seul EMS, d'autres sur plusieurs sites appartenant au même groupe d'EMS (chacun des 14 EMS ayant participé aux études de cas est décrit en détail dans l'annexe 1 disponible sur notre site Internet : <https://intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/> Les modèles sont décrits en allemand ou en français).

Compétences des infirmier.e.s experts.es :

» La **pratique clinique** est un élément essentiel de tous les rôles des infirmier.e.s expert.e.s. Elle leur donne de la crédibilité car ils.elles sont capables d'aider le personnel soignant à identifier et à résoudre les problèmes, et ils.elles sont acceptées en tant qu'experts.es lorsqu'ils.elles fournissent un encadrement et exercent un leadership clinique. Le degré d'implication dans la pratique clinique diffère : alors que certains.es d'entre eux limitent leurs activités au soutien des équipes soignantes dans des situations complexes, d'autres évaluent les nouveaux résident.e.s admis, élaborent des objectifs de soins avec les résident.e.s et les membres de leur famille, ou les soutiennent lors d'événements

aigus. Leur pratique clinique leur permet d'identifier des lacunes dans les connaissances des équipes de soins et de saisir les occasions pour accompagner le personnel et renforcer leur expertise gériatrique.

» Les infirmier.e.s experts.es identifient les besoins en matière d'innovation et de développement des pratiques fondées sur des données probantes. Ils / elles ont tou.te.s un rôle de **leadership clinique**, évaluent et améliorent la sécurité des résidents.es, la qualité des soins, la qualité de vie et les soins centrés sur la personne.

» Tous.tes les infirmier.e.s experts.es soulignent l'importance de la **collaboration interprofessionnelle**, non seulement avec les médecins généralistes mais aussi avec tous les autres professionnels de la santé impliqués dans les soins et le traitement des résidents.es. Ils.Elles soutiennent les équipes de soins dans leur communication avec les médecins généralistes et, selon le modèle de médecin, ont la possibilité de collaborer étroitement avec ces derniers (par exemple, échange quotidien sur les problèmes actuels).

» Dans le domaine de la **prise de décision éthique**, les infirmier.e.s experts.es aident à identifier les dilemmes éthiques et à les aborder efficacement. Ils/Elles jouent un rôle essentiel dans la mise en place dans la planification des soins avec les résident.e.s et les membres de la famille, en clarifiant les souhaits et les attentes en matière de traitement et de soins. Au moins un.e expert.e en soins infirmiers dans chaque EMS est formé pour avoir des discussions ouvertes et des conversations sur la fin de vie avec les résident.e.s et les membres de la famille.

Amélioration de la qualité basée sur les données

Tous les EMS faisant partie des études de cas utilisaient l'**amélioration de la qualité basée sur les données**. Ils utilisaient les données cliniques des résident.e.s (p. ex. les indicateurs de qualité fournis par les instruments d'évaluation des résidents.es) pour examiner et améliorer la qualité. Ils utilisaient les données pour décider des plans d'action et pour sensibiliser le personnel à des thèmes spécifiques. En outre, ils ont tous utilisé des enquêtes menées auprès du personnel, des résident.e.s ou des membres de la famille pour évaluer leur opinion et identifier les domaines nécessitant une amélioration.

Considérations avant la mise en œuvre

Nous avons pu identifier plusieurs **facteurs susceptibles d'entraver ou de faciliter la mise en œuvre d'un modèle de soins géré par des infirmier.ères** sur la base des études de cas (tous les facteurs sont décrits dans l'annexe 2 " Résumé des facteurs potentiels influençant la mise en œuvre d'un modèle de soins en EMS " disponible en anglais et en allemand sur notre site Internet : <https://intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/>). Les facteurs ont été structurés selon la méthode CFIR [14]. Nous présentons ici deux des cinq dimensions de CFIR comme exemples.

Caractéristiques de l'intervention

Le modèle de soins géré par des infirmier.e.s devait lui-même répondre à un problème ou à une préoccupation de l'EMS et être adapté aux circonstances spécifiques de l'établissement. Aucun modèle ne convient à tous les contextes et tous les EMS, qui fonctionnent avec des ressources et des besoins différents.

Les infirmier.e.s experts.es doivent avoir des compétences bien définies, et leur rôle doit être différencié de celui des infirmier.e.s classiques. Si un.e infirmier.ère expert.e est perçu.e comme une personne ressource pouvant apporter un soutien dans la pratique quotidienne, l'équipe de soins préférera davantage collaborer avec lui / elle. Pour que le modèle fonctionne dans la pratique, l'infirmier.ère expert.e doit avoir une expérience professionnelle, une expertise gériatrique et des compétences interpersonnelles approfondies.

Contexte interne

Une culture organisationnelle soutenant la mise en œuvre se caractérise par (1) une communication transparente entre le personnel et la direction, (2) un respect mutuel, (3) une vision partagée du rôle de l'infirmier.ère expert.e, et (4) un soutien continu à l'ensemble des collaborateur.trice.s. Un EMS doit préparer soigneusement la mise en œuvre du nouveau modèle de soins. Cette préparation doit inclure la clarification des objectifs et des compétences de l'infirmier.ère expert.e et un plan d'intégration du rôle dans les processus de travail quotidiens (p. ex. lorsque les infirmier.e.s expert.e.s visitent les unités ou contactent les médecins généralistes). Dès le départ les principaux acteurs, telles que les médecins généralistes et les responsables de service, doivent être intégrés dans le développement et la mise en œuvre du nouveau rôle.

3.3 – Participation des parties prenantes (troisième étude)

Dans la troisième étude, les parties prenantes ont évalué les compétences et les résultats pertinents pour les infirmier.e.s INTERCARE dans le contexte suisse [21]. Sur la base de la revue de la littérature (première étude) et des études de cas (deuxième étude) nous avons extrait les compétences et les résultats possibles pour les infirmier.e.s INTERCARE et élaboré un questionnaire d'évaluation [21]. Le groupe était composé de prestataires de soins de santé, de dirigeants d'EMS, de représentants de compagnies d'assurance, ainsi que de représentants de groupes politiques et professionnels. Les compétences pertinentes des infirmier.e.s INTERCARE étaient le leadership et l'encadrement cliniques, le soutien et l'autonomisation des équipes de soins et l'amélioration de la qualité des soins grâce à des pratiques fondées sur des données probantes. Les parties prenantes ont également souligné le risque de déqualification des infirmier.e.s avec l'introduction de ce nouveau rôle. Il fallait donc définir avec soin le champ d'activité des infirmier.e.s INTERCARE, ainsi que les différences et les rôles complémentaires par rapport aux infirmier.e.s " classiques ". Il a dès lors aussi été mis en évidence que chaque EMS devrait adapter le poste à son contexte.

4 – Synthèse

3.4 – Participation des résident.e.s et des proches (quatrième étude)

Dans la dernière étude, nous avons mené des **entretiens de groupe avec des résident.e.s et des proches**, afin d'explorer leurs expériences et leurs besoins lors de situations aiguës [23]. Les groupes de discussion ont eu lieu dans trois EMS travaillant avec des infirmier.e.s experts.es (deux dans la partie allemande et un dans la partie francophone de la Suisse). Les résultats n'étant disponibles qu'après le début de l'introduction du modèle INTERCARE, ils n'ont pas directement influencé le développement du modèle INTERCARE.

La principale conclusion a considérablement changé notre perspective sur les situations aiguës. L'équipe de recherche décrivait les situations aiguës comme une condition médicale nécessitant une attention particulière. Les résident.e.s et des proches, en revanche, comprenaient les situations aiguës comme toute situation qui ne répondait pas aux besoins fondamentaux des résident.e.s ou des proches et où la qualité de vie n'était pas maintenue. Par conséquent, favoriser les relations entre le personnel et les résident.e.s et les conversations sur les besoins et les souhaits (p. ex. un plan de soins collaboratif), devrait être une partie essentielle du rôle de l'infirmier.ère INTERCARE. De plus, les résident.e.s et les proches des trois EMS ont décrit des expériences quotidiennes similaires en matière de ressources limitées, de disponibilité restreinte d'infirmier.e.s ayant une expertise gériatrique et d'accès limité aux médecins généralistes qui ne sont généralement pas présents dans les EMS. Les résultats détaillés sont décrits dans une publication [23].

INTERCARE – une réponse possible aux défis actuels des EMS

Le modèle INTERCARE offre une solution pour apporter une expertise gériatrique dans les EMS, améliorer la qualité des soins et réduire les hospitalisations non planifiées. Il est fondé sur des données probantes et s'appuie sur des modèles suisses existants gérés par des infirmier.e.s experts.es, offrant ainsi une solution appropriée et évolutive pour tout EMS. Comme les études de cas des hôpitaux, le modèle INTERCARE est basé sur des infirmier.e.s experts.es travaillant comme infirmiers.ères INTERCARE et embauchées par les EMS. L'objectif est de fournir une expertise gériatrique interne et de responsabiliser le personnel soignant au sein de l'EMS. Les infirmiers.ères INTERCARE ont notamment pour mission de se rendre régulièrement dans les unités, afin de rester à disposition des équipes de soins, de montrer leur implication dans les soins cliniques, ainsi que de fournir un encadrement et une formation continue. L'infirmier.ère INTERCARE dispose de l'expertise nécessaire pour combler les lacunes des équipes soignantes en développant la pratique clinique et en mettant en œuvre des projets si nécessaire, afin d'accomplir la vision et l'objectif de l'EMS.

Des modèles de soins gérés par des infirmier.e.s et pilotés par des APN constitueraient un atout majeur pour les EMS suisses. Cependant, ce n'est pas une option viable actuellement, étant donné le nombre réduit d'infirmier.e.s expert.e.s intéressées à travailler dans les soins de longue durée. De plus, la Suisse a une expérience limitée des APN, puisque le premier programme d'APN a débuté en 2000 [24]. En 2015, seuls 328 APN avaient été diplômés, et la plupart d'entre eux / elles travaillaient dans les hôpitaux [24].

Un autre élément essentiel du modèle INTERCARE est la collaboration interprofessionnelle. Les objectifs de soins des résident.e.s ne peuvent être atteints qu'avec une équipe interprofessionnelle. Les infirmiers.ères INTERCARE soutiennent le développement de relations de confiance avec les médecins généralistes. Tous les EMS participant aux études de cas ont souligné l'importance de communiquer avec les résident.e.s et les proches sur leurs besoins et leurs souhaits, et de se concentrer sur les soins centrés sur la personne. Tous ces EMS travaillent dans une certaine mesure

avec des directives anticipées, par exemple en documentant les souhaits des résident.e.s lors de l'entrée en EMS ou en fin de vie. Les PAS sont donc un autre élément crucial du modèle INTERCARE. Cependant, l'intégration des directives anticipées dans la planification des soins en EMS reste un défi pour les établissements, surtout s'ils n'ont pas de gériatre [25-26]. Par conséquent, INTERCARE introduit les directives anticipées en définissant des exigences minimales telles que les conversations sur les souhaits concernant la réanimation et les hospitalisations. Après la mise en œuvre du modèle INTERCARE dans onze établissements de santé de Suisse alémanique (phase B de l'étude INTERCARE), l'équipe de recherche évaluera la faisabilité et l'adoption des PAS afin de formuler une recommandation et de fournir des conseils pour leur mise en place fondés sur les expériences de la phase B.

Instruments fondés sur des données probantes

Les instruments permettant de travailler sur des données probantes constituent un élément central du modèle : **STOP&WATCH, ISBAR et l'instrument de réflexion**. Cet élément fondamental du modèle est le seul qui soit fondé uniquement sur la littérature et qui n'ait pas été choisi sur la base de l'étude de cas. La littérature souligne que pour réduire les hospitalisations non planifiées, il est nécessaire de reconnaître rapidement les changements d'état des résident.e.s, de les communiquer au ASSC, aux infirmier.e.s diplômé.e.s et aux médecins généralistes, et de réfléchir aux facteurs internes contribuant aux hospitalisations non planifiées avec les équipes de soins et les médecins généralistes. Nous avons donc utilisé les instruments du programme INTERACT, fondés sur des données probantes, qui ont permis de réduire efficacement les hospitalisations non planifiées [8]. Nous avons inclus STOP&WATCH pour soutenir la reconnaissance précoce des changements de l'état des résident.e.s, ISBAR pour une communication plus structurée avec les médecins généralistes, et l'instrument de réflexion pour identifier les éléments à corriger pour réduire les hospitalisations non planifiées.

Amélioration de la qualité basée sur les données

L'élément central de l'amélioration de la qualité, basé sur des données, était une caractéristique de tous les EMS décrits dans les études de cas et constituait leur élément clé. Il est essentiel de travailler avec les données cliniques pour décider où prendre des initiatives d'amélioration de la qualité des

soins et orienter l'attention de l'infirmier.ère INTERCARE. Les données constituent une base de discussion sur les décisions stratégiques visant à améliorer la qualité des soins et à renforcer le développement de plans d'action. Pour l'étude INTERCARE, il était important d'évaluer et de mesurer le taux d'hospitalisations et les indicateurs de qualité.

Infirmière INTERCARE

Le poste d'infirmier.ère INTERCARE avec son rôle le leadership clinique peut offrir une progression de carrière et un élargissement intéressant du champ d'activité des infirmier.e.s qualifié.e.s. Ainsi, les modèles de soins gérés par les infirmier.e.s offrent la possibilité d'accroître l'attrait de travailler en EMS pour les infirmier.e.s expert.e.s. Ils/Elles peuvent élargir leur rôle et leur champ d'activité tout en restant dans le domaine clinique et sans avoir à passer à un poste de management. Pour préparer les infirmiers.ères INTERCARE à leur rôle, nous avons développé un programme qui a servi comme base pour le développement d'un CAS, proposé par l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle (pour plus d'informations sur les futures offres du programme : <https://nursing.unibas.ch/de/weiterbildung/cas-intercare/>). Nous insistons fortement sur le fait que le rôle de l'infirmier.ère INTERCARE ne remplace pas les APN, mais qu'il est plutôt complémentaire. C'est une solution pragmatique qui permet de former rapidement des personnes en emploi et de doter l'EMS de compétences à court terme. L'APN se situe dans une perspective à moyen ou long terme, et constitue un prolongement ou un complément à ce premier investissement. L'infirmier.ère INTERCARE et l'infirmier.ère APN peuvent travailler côte à côte, chacun.e dans le cadre de son champ d'exercice spécifique pour prendre soin des résident.e.s, des membres de la famille et des équipes de soins dans les EMS.

D'un projet de recherche à une utilisation dans le monde réel

Les principes de la recherche-action ont guidé le développement du modèle INTERCARE. Les principes clés comprenaient l'analyse contextuelle, l'implication des parties prenantes et la définition de stratégies de mise en œuvre. Ces principes ont permis d'accroître la faisabilité du modèle et d'augmenter ses chances de réussite dans un contexte réel. Alors que l'analyse de la littérature nous a aidés à identifier des modèles de soins efficaces permettant de réduire les hospitalisations non planifiées, les études de cas ont permis

de comprendre les éléments du modèle réalisables dans le contexte suisse et les circonstances dans lesquelles de tels modèles fonctionnent. La participation des parties prenantes a permis d'identifier les compétences acceptables et les résultats attendus des infirmiers.ères INTERCARE dans le cadre de ce modèle [21].

En outre, grâce à l'analyse contextuelle nous avons identifié les obstacles et les facilitateurs réels et défini des stratégies de mise en œuvre pour faciliter l'introduction du modèle. Les stratégies de mise en œuvre étaient décisives pour la réussite de l'étude et font partie de l'évaluation visant à établir quelles stratégies sont fondamentales pour la réussite du modèle INTERCARE (partie du prochain rapport national).

Ce rapport peut servir de guide pour les EMS intéressés par l'introduction d'un modèle de soins gérés par des infirmiers.ères, en réfléchissant aux ingrédients clés, aux obstacles et aux facilitateurs qui doivent être pris en compte pour que le modèle fonctionne, ainsi qu'aux stratégies de mise en œuvre requises. Les EMS peuvent adapter les éléments fondamentaux d'INTERCARE à leur contexte en tenant compte de leurs propres besoins et ressources. Les descriptions des EMS qui ont participé aux études de cas (annexe 1) peuvent servir d'exemples et d'inspiration.

L'introduction d'un modèle de soins géré par des infirmier.e.s est un changement organisationnel qui a des répercussions à tous les niveaux et qui entraîne une modification des responsabilités. La préparation au changement est importante pour que la mise en œuvre fonctionne. La direction de l'EMS doit avoir une vision claire du changement qu'elle souhaite apporter. L'infirmier.ère INTERCARE a besoin de la préparation correspondante, avec des connaissances et une expertise gériatriques approfondies, ainsi que des compétences interpersonnelles pour assumer son rôle. Le programme INTERCARE peut aider les EMS à relever les défis croissants auxquels ils sont confrontés et à améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des résidents. Les incitations financières peuvent soutenir et faciliter le développement global des rôles d'experts.es en soins infirmiers dans les EMS afin de résoudre les problèmes actuels et de se préparer à de nouveaux défis.

Un prochain rapport national sera publié en 2022 après que nous aurons évalué la mise en œuvre du modèle INTERCARE dans 11 EMS germanophones. Nous sommes en train d'analyser les données recueillies pour fournir des informations sur le processus de mise en œuvre du modèle INTERCARE et sur son efficacité clinique.

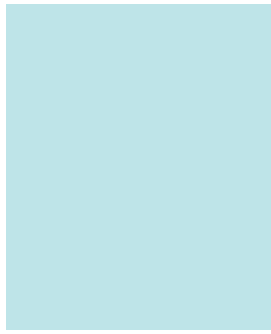
Acronymes et abréviations

APN	<i>Infirmier.e.s de pratique avancée</i>
AFP	<i>Attestation fédérale de formation professionnelle</i>
ASSC	<i>Assistant.e en soins et santé communautaire</i>
AVQ	<i>Activités de la vie quotidienne</i>
CAS	<i>Certificat d'étude avancée</i>
CFC	<i>Certificat fédéral de capacité</i>
CFIR	<i>Cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre</i>
DAS	<i>Diplôme d'études avancées</i>
EMS	<i>Établissement médico-social</i>
ERIC	<i>Recommandations d'experts pour la mise en œuvre de la compilation des changements</i>
INTERACT	<i>Interventions visant à réduire les transferts de soins aigus</i>
INTERCARE	<i>Améliorer les soins interprofessionnels pour de meilleurs résultats pour les résidents</i>
ISBAR	<i>Identification, situation, contexte, évaluation, recommandation</i>
PAS	<i>Projet anticipé des soins</i>
PDCA	<i>Plan-Do-Check-Act</i>

Références

1. World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*, Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1
2. Ng R., Lane N., Tanuseputro P., Mojaverian N., Talarico R., Wodchis W.P., . . . Hsu A.T. (2020). Increasing complexity of new nursing home residents in Ontario, Canada: A serial cross-sectional study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(6), 1293-1300. doi:10.1111/jgs.16394
3. Fujisawa R., & Colombo F. (2009). *The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand* (No. 44). OECD Health Working Papers, OECD Publishing, Retrieved from: <https://doi.org/10.1787/225350638472>.
4. Graverholt B., Forsetlund L., & Jamtvedt G. (2014). Reducing hospital admissions from nursing homes: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 14, 36. doi:10.1186/1472-6963-14-36
5. Muench U., Simon M., Guerbaai R.A., De Pietro C., Zeller A., Kressig R.W., & Zúñiga F. (2019). Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: Evidence from Switzerland. *International Journal of Public Health*, 64(9), 1273-1281. doi:10.1007/s00038-019-01294-1
6. Rantz M.J., Popejoy L., Vogelsmeier A., Galambos C., Alexander G., Flesner M., . . . Petroski G. (2017). Successfully reducing hospitalizations of nursing home residents: Results of the Missouri quality initiative. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(11), 960-966. doi:10.1016/j.jamda.2017.05.027
7. Kane R.L., Keckhafer G., & Robst J. (2002). *Evaluation of the Evercare demonstration program: Final report*. Division of Health Service Research and Policy, School of Public Health, University of Minnesota. University of Minnesota, Retrieved from: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.522.8780&rep=rep1&type=pdf>
8. Ouslander J.G., Bonner A., Herndon L., & Shutes J. (2014). The INTERACT quality improvement program: An overview for medical directors and primary care clinicians in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(3), 162. doi:10.1016/j.jamda.2013.12.005
9. Holtz L.R., Maurer H., Nazir A., Sachs G.A., & Unroe K.T. (2015). OPTIMISTIC: A program to improve nursing home care and reduce avoidable hospitalizations. In Malone M.L., Capezuti E.A., & Palmer R.M. (Eds.), *Geriatrics models of care: bringing 'best practice' to an aging America* (pp. 287-292). New York: Springer
10. Stolle E., & Hillier L. (2002). *The Ontario nurse practitioner in long-term care facilities pilot project – interim evaluation* æstima research, Retrieved from: http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/nursepraco2/np_report_022302.pdf
11. International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. Retrieved from: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
12. World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership* (978-92-4-000327-9). Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331677/9789240003279-eng.pdf>
13. De Geest S., Zúñiga F., Brunkert T., Deschodt M., Zullig L.L., Wyss K., & Utzinger J. (2020). Powering Swiss health care for the future: Implementation science to bridge «the valley of death». *Swiss Medical Weekly*, 150, w20323. doi:10.4414/smww.2020.20323
14. Damschroder L.J., Aron D.C., Keith R.E., Kirsh S.R., Alexander J.A., & Lowery J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. doi:10.1186/1748-5908-4-50
15. Waltz T.J., Powell B.J., Matthieu M.M., Damschroder L.J., Chinman M.J., Smith J.L., . . . Kirchner J.E. (2015). Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. *Implementation Science*, 10, 109. doi:10.1186/s13012-015-0295-0
16. Zwarenstein M., Goldman J., & Reeves S. (2009). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). doi:10.1002/14651858.CD000072.pub2
17. Rubenstein L.Z. (2015). Evolving models of comprehensive geriatric assessment. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(6), 446-447. doi:10.1016/j.jamda.2015.03.012
18. Séchaud L., Goulet C., Morin D., & Mazzocato C. (2013). Advance care planning for institutionalised older people: An integrative review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 9(2), 159-168. doi:10.1111/opn.12033
19. Powell B.J., Waltz T.J., Chinman M.J., Damschroder L.J., Smith J.L., Matthieu M.M., & ... & Kirchner J.E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, 10(1), 21. doi:10.1186/s13012-015-0209-1

20. Yin R.K. (2009). *Case Study Research: Design and methods* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
21. Basinska K., Wellens N.I.H., Simon M., Zeller A., Kressig R.W., & Zúñiga F. (2020). Registered nurses in expanded roles improve care in nursing homes: Swiss perspective based on the modified Delphi method. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2). doi:10.1111/jan.14644
22. Hamric A.B. (2015). *Advanced Practice Nursing. An integrative approach* (5th ed.). Missouri, USA: Elsevier.
23. Basinska K., Kunzler-Heule P., Guerbaai R.A., Zúñiga F., Simon M., Wellens N.I.H., . . . Nicca D. (2021). Residents' and relatives' experiences of acute situations: A qualitative study to inform a care model. *Gerontologist*, ahead of print. doi:10.1093/geront/gnabo27
24. Maier C.B., Aiken L.H., & Busse R. (2017). *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levels for implementation* (No. 98). OECD Health Working Papers OECD Publishing, Retrieved from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/a8756593-en>
25. Flo E., Husebo B.S., Bruusgaard P., Gjerberg E., Thoresen L., Lillemoen L., & Pedersen R. (2016). A review of the implementation and research strategies of advance care planning in nursing homes. *BMC Geriatrics*, 16, 24. doi:10.1186/s12877-016-0179-4
26. Hecht K., Krones T., Otto T., Karzig-Roduner I., & Loupatatzis B. (2018). Advance care planning in Swiss nursing homes: Results of a focus group study. *Praxis*, 107(20), 1085-1092. doi:10.1024/1661-8157/a003101



**Educating
Talents**
since 1460.

Universität Basel
Pflegerwissenschaft - Nursing Science
Department Public Health
Bernoullistrasse 28
4056 Basel, Switzerland
nursing.unibas.ch